



MILLAINEN ON HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ NEUROLOGISESTI SAIRAALLE LAPSELLE?

Riku Iso-Markku

Tomi Kallio

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

RIKU ISO-MARKKU & TOMI KALLIO:

Millainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle lapselle?

Opinnäytetyö 79 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Lokakuu 2012

Tämän opinnäytetyön aihe on lähtöisin eräältä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) osastolta. Opinnäytetyössä keskityttiin hoitoympäristöön neurologisesti sairaiden ja kehityshäiriöisten lasten näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen hoitoympäristö edistää neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen kuntoutumista lasten neurologisella osastolla hoitohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää fyysisin hoitoympäristöllisin keinoin neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen hoitotyötä ja kuntoutumista.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla seitsemää terveydenhuollon työntekijää ja haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että neurologisesti sairaiden lasten hyvä hoitoympäristö koostuu monesta eri tekijästä. Haastateltavat totesivat vastauksissaan hoitoympäristön suunnittelun vaikuttavan potilaiden kuntoutukseen. Hoitoympäristön tulee olla tilava, esteetön, tarkoituksenmukainen ja lisäksi pohjaratkaisuun ja toimiviin potilashuoneisiin tulisi panostaa. Lasten hoitoympäristössä on perhekeskeisyyden lisäksi otettava huomioon lapsen yksityisyyden, yksilöllisyyden ja turvallisuuden edistäminen. Neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä tulee ottaa huomioon sairauksien ja kehityshäiriöiden erityiset piirteet esimerkiksi suunnittelemalla hoitoympäristölliset tarpeet sairauksien mukaisesti sekä huomioimalla potilasryhmittäiset huoneratkaisut ja mahdollistamalla apuvälineiden käytön. Neurologisesti sairaiden lasten fyysisen hoitoympäristön erityispiirteet nousevat haastatteluissa suosituksi puheenaiheeksi. Tärkeänä kehityskohteenä pidetään hoitoympäristön yleisilmettä, kodinomaisuuden luomista sekä viihtyvyyttä edistäviä tekijöitä ja värien sekä kuvien käyttöä hoitoympäristössä. Haastateltavat kertoivat myös, että hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen ja äänimaailmaltaan hillitty. Neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö tarvitsee tarpeen mukaisia tiloja, kuten perheen taukotilan, terapeutitilat, mini meeting –huoneen sekä yleisesti parempaa suunnittelua niin wc-tilojen kuin leikkihuoneenkin kohdalla.

Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyön aihetta olisi hyvä tarkastella potilaiden ja heidän perheiden näkökulmasta. Hoitoympäristöä tulisi tarkastella ensisijaisesti käyttäjälähtöisesti.

Asiasanat: hoitoympäristö, lastenneurologia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme In Nursing and Health Care
Option of Nursing

RIKU ISO-MARKKU & TOMI KALLIO

What Makes a Good Nursing Environment for Neurologically Sick Children?

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 15 pages
October 2012

The purpose of the thesis was to find out what makes a good nursing environment for children with neurological illnesses or disorders and what kind of properties in the nursing environment can improve their rehabilitation. The aim of the thesis was to enhance child patients' care and rehabilitation with physical improvements in the nursing environment.

The research method used in the thesis was qualitative. The data was collected by interviewing seven health care employees. The data was analyzed using content analysis.

The results of the thesis showed that a good nursing environment for neurologically sick children consists of many different factors. The respondents stated that nursing environments' design may have a crucial impact on childrens rehabilitation. Furthermore interviewees thought that the nursing environment should be family-centered and secure for children. It should also focus on childrens privacy and personal space. These results also suggest that there are certain specific features of neurological illnesses and disorders that need to be accounted for when designing the nursing environment for neurologically ill children. Creating a good physical environment for children with neurological illness is essential when enhancing their wellbeing. This was also one of the key subjects during the interviews. The majority of participants stated that the nursing environment must be calm and the overall sound level should be as low as possible. The respondents thought that the nursing environment should have specific spaces that reflect the needs of patients and their families.

Further studies on this subject should concentrate on surveying how neurologically sick children and their families perceive the surrounding nursing environment. The nursing environment should be surveyed from the perspective of its users.

Key words: nursing environment, child neurology

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Hoitoympäristö	9
3.1.1	Fyysinen hoitoympäristö.....	11
3.1.2	Psyykinen hoitoympäristö.....	11
3.1.3	Hoitoympäristön fyysiset ominaisuudet.....	12
3.2	Lasten hoitoympäristö.....	15
3.3	Lastenneurologia.....	19
3.4	Neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristö	21
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	26
4.2	Aineiston hankinta	26
4.3	Aineiston analyysi.....	29
4.4	Opinnäytetyön prosessi	31
5	TULOKSET	33
5.1	Hoitoympäristön suunnitteluun vaikuttavat tekijät.....	33
5.2	Lasten hoitotyötä edistävät tekijät hoitoympäristössä	36
5.3	Lasten neurologisten sairauksien mukainen hoitoympäristö	39
5.4	Neurologisesti sairaiden lasten fyysinen hoitoympäristö	41
5.5	Rauhallisuus hoitoympäristössä.....	44
5.6	Tarpeiden mukaiset tilat neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä	46
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	49
6.1	Tulosten tarkastelu	49
6.2	Luotettavuus.....	52
6.3	Eettisyys	54
6.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	56
6.5	Pohdinta	57
	LÄHTEET.....	61
	LIITTEET	67

1 JOHDANTO

Terveysthuollon rakennusten rakentaminen on jatkuvasti ajankohtainen aihe. Suomessa sairaaloita rakennettiin eniten 1970-1980-luvuilla ja nämä rakennetut sairaalat ovat hoitoympäristöiltään nykystandardien mukaan vanhentuneita. Niihin aikoihin käytännöllisyyden ja tehokkuuden periaatteet vallitsivat terveydenhuollon rakennusten suunnittelu- ja rakentamisvaiheita. (Muurinen, Nenonen, Wilskman & Agge 2010, 111-112.) Tämä on viime aikoina muuttunut toisenlaiseksi. Suuret laitosmaiset rakennukset ja käytännölliset ulkonäöt eivät enää palvele nykypäivän periaatteita. Nykyisin potilaiden hyvinvointi on noussut tärkeimmäksi suunnitteluperiaatteeksi, sillä on huomattu, että rakennetulla ympäristöllä voi olla suoria positiivisia vaikutuksia potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 3.)

Lasten sairaalaympäristöjen suunnittelu on viime aikoina muuttunut paljon. Lasten hoitoympäristön suunnittelu eroaa huomattavasti aikuisten hoitoympäristön suunnittelusta. Lasten hoitoympäristöä suunniteltaessa on otettava huomioon esimerkiksi ikäkohtaiset aktiviteetit ja tilat. Ristiriitana on vielä se, että monilla lasten hoitoympäristön suunnittelijoilla ei ole tarpeeksi tietoa tai kokemusta lasten tarpeista hoitoympäristössä. (Bishop 2008, 10, 34.)

Lasten hoitoympäristö koostuu monesta eri asiasta: se on turvallinen paikka, jossa lapset ovat suojeltuja erinäisiltä tekijöiltä ja ovat helposti valvottavissa. Siellä tehdään tärkeitä päivän aktiviteetteja, kuten leikkimistä, syömistä, nukkumista, käsien pesua ja pesuhuoneeseen menemistä. (Wardle 2008.) Lasten hoitoympäristön kuuluu tarjota lasten perustarpeille vastetta: lämpöä, hoivaa ja vastaanottavia aikuisia. Riippumatta siitä minkälainen hoitoympäristö on luonteeltaan, lapselle sairaalassakäynti voi kuitenkin aiheuttaa erilaisia tunnetiloja, traumaattisia kokemuksia ja elämää mullistavia tilanteita. Lapsipotilaat joutuvat pakosti kokemaan tämän kaiken, yleensä ilman minkäänlaista etukäteisvalmistelua. Tilanteesta ja lapsesta riippuen, sairaalassa oleminen voi mahdollisesti olla lapsille tai nuorille ihmisille ainutlaatuinen kokemus, jonka he muistavat vielä pitkään. (Bishop 2008, 1.) Nightingale (1938) on todennut hoitoympäristön merkitsevän paljon asiakkaan parantumiseen ja viihtyvyyteen jo muutenkin pelottavassa sairaalassa (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 115).

Neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristöä on hankala suunnitella, sillä siinä on välttämätöntä ajatella sairauksien tuomia mahdollisia haittoja, jotka vaikuttavat esimerkiksi lapsen kuuloon, näköön tai liikkumiseen. Hoitoympäristön suunnittelun kulmakivenä voidaan pitää lapsen jokapäiväisen toiminnan tukemista. Ympäristö ei saisi altistaa tai vaikuttaa negatiivisesti lapsen toimiin, vaan ympäristön pitäisi pystyä vastaamaan neurologisen sairauden aiheuttamiin tarpeisiin. (Wardle 2008, Paron-Wildes 2005, 4.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millainen hoitoympäristö edistää neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen kuntoutumista lasten neurologisella osastolla hoitohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyön aihe on alun perin lähtöisin työelämästä ja se tehtiin eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) osastolle. Tämä osasto toimi opinnäytetyön tutkimuskohteena. Tässä opinnäytetyössä keskitytään hoitoympäristöön lasten neurologisten sairauksien ja kehityshäiriöiden näkökulmasta. Hoitoympäristöä tarkastellaan fyysisenä, sosiaalisena ja psyykkisenä kokonaisuutena, mutta kuitenkin opinnäytetyössä painotetaan hoitoympäristön fyysisiä ominaisuuksia. Yhteistyötahon toiveesta opinnäytetyössä käsitellään yleisimpien lasten neurologisten sairauksien lisäksi lasten kehityshäiriöitä. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan painoteta liikaa sairauksien yksityiskohtaisiin piirteisiin, vaan enemmänkin sairauksien hoitoympäristöllisiin tarpeisiin.

Tähän opinnäytetyöhön valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan kuvattua ihmisten omia näkemyksiä koetusta todellisuudesta, tässä tapauksessa hoitoympäristön vaikutuksista tehtyyn hoitotyöhön (Vilka 2007, 97). Tällä tutkimusmenetelmällä uskottiin saavan mahdollisimman kokonaisvaltainen, totuudenmukainen ja oikeanlainen kuva haastateltavien kokemuksista. Tässä opinnäytetyössä haastateltiin tutkimuskohteen seitsemää terveydenhuollon työntekijää ja haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Nämä haastattelut litteroitiin, jonka jälkeen haastatteluista saatu aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millainen hoitoympäristö edistää neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen kuntoutumista lasten neurologisella osastolla hoitohenkilökunnan kuvaamana.

Opinnäytetyön tehtävät:

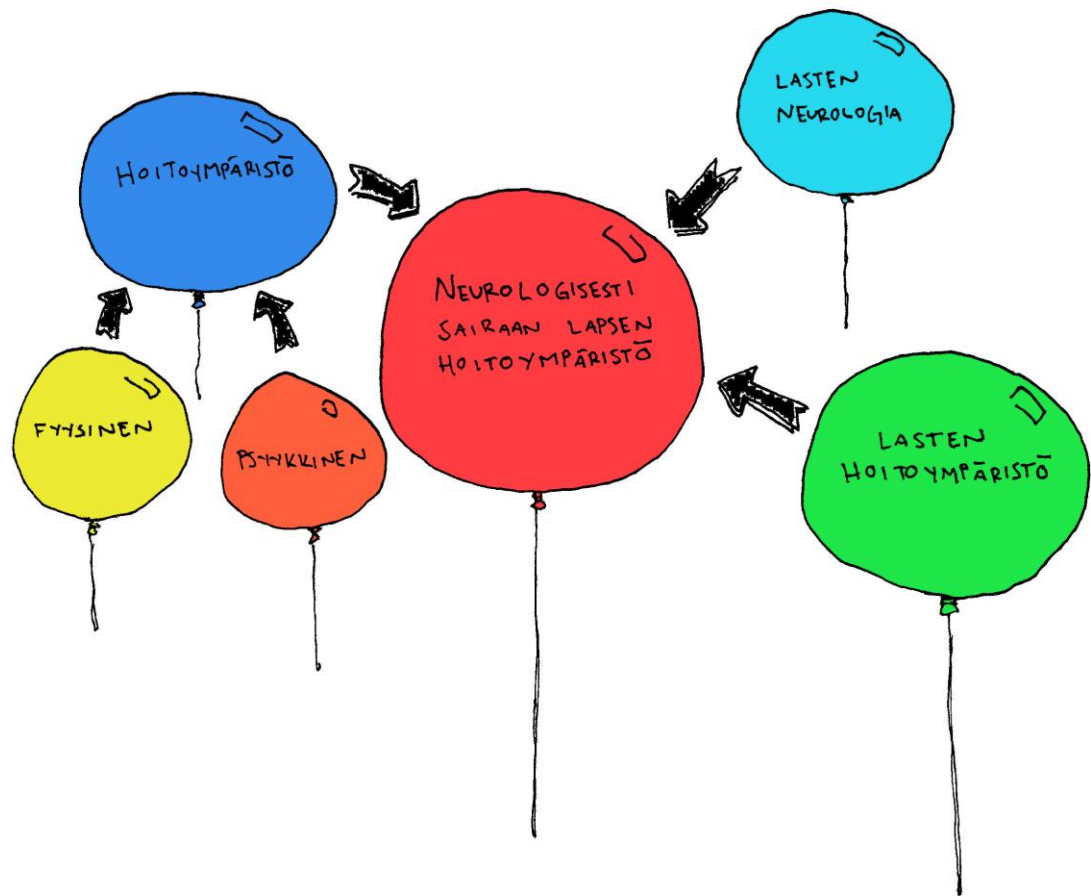
1. Millainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle lapselle?
2. Millaiset hoitoympäristölliset ominaisuudet edistävät neurologisesti sairaan lapsen hoitotyötä ja kuntoutumista?

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää fyysisin hoitoympäristöllisin keinoin neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen hoitotyötä ja kuntoutumista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää minkälainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle tai kehityshäiriöiselle lapselle. Opinnäytetyön keskeisiksi teoreettisiksi lähtökohdiksi on nostettu hoitoympäristö, sen fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet, lastenneurologia sekä lasten hoitoympäristö. Näitä lähtökohtia tarkastellaan lähemmin käyttäen apuna aikaisempaa tietoa. Näiden keskeisten tietojen avulla saadaan syvennettyä olennaista tietoa neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristöstä. Opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat on esitelty teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1). Tässä opinnäytetyössä käytetyt keskeiset tutkimukset on koottu opinnäytetyön loppuun (liite 1).

Hoitoympäristön tulemme rajaamaan sairaalatilojen sisäisiin ympäristöihin. Vaikka hoitoympäristöä käsitellään fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena, tässä opinnäytetyössä painotetaan kuitenkin enemmän hoitoympäristön fyysisiin ominaisuuksiin ja ratkaisuihin. Fyysistä hoitoympäristöä käsittelemme myös hoitotyön kulmakivien kautta, eli yksilöllisyyden, perhekeskeisyyden ja turvallisuuden kannalta. Psyykkiseen hoitoympäristöön sisällytetään myös sosiaalisen hoitoympäristön ominaisuudet, koska niiden luomat vaikutukset potilaisiin ovat keskenään hyvin samankaltaisia. Lastenneurologia rajataan yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti yleisimpiin lasten neurologisiin sairauksiin. Lasten neurologinen hoitoympäristö tullaan myös rajaamaan yleisimpien lasten neurologisten sairauksien mukaisesti.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

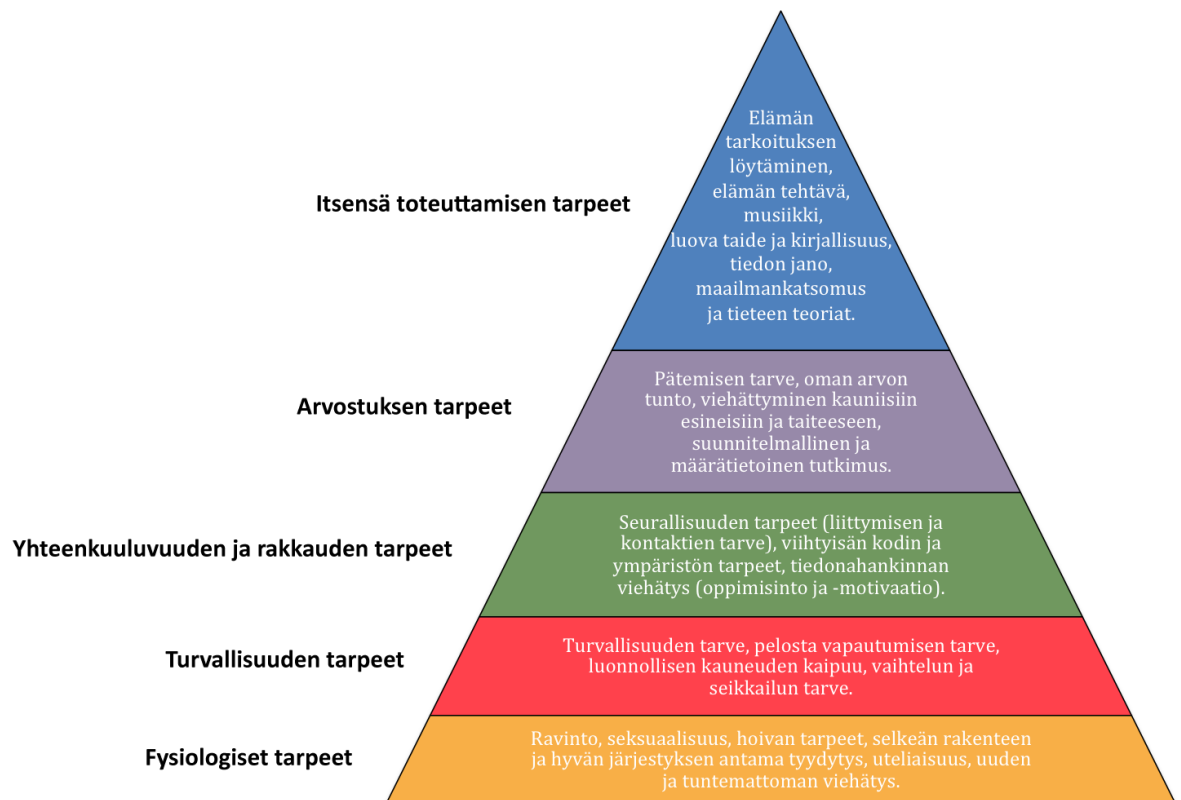
3.1 Hoitoympäristö

Ensimmäinen hoitotyöstä kirjoitettu ympäristöteoria on Florence Nightingalen käsialaa vuodelta 1860. Jo sen teorian myötä huomattiin ympäristön olevan olennainen osa hyvää hoitotyötä. Tämä sairaanhoidon esikuva painotti etenkin terveellisen ravinnon, raikkaan ilman ja valon merkitystä tärkeänä potilaalle. Nightingale korosti myös ympäristön puhtautta ja kauneutta. (Jokinen 1995, 20, 28; Palohuhta 1995, 8.)

Käsitteenä hoitoympäristö on erittäin laaja, koska siihen katsotaan kuuluvaksi fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue (Lauri & Elomaa 1999, 65). Fyysinen hoitoympäristö koostuu hoitoyksikön aineellisista olosuhteista, joita ovat rakennuksen sijainti, tilojen koko, muoto, järjestely, ulkonäkö ja sisustus sekä näistä muodostuva tunnelma (Voutilainen 1997, 139-148). Psyykinen ja sosiaalinen ympäristö on subjektiivinen kokemus, joka voi vaihdella riippuen henkilöstä. Ihmiset kokevat asiat eri tavoin ollessaan eri ympäristöissä, huoneissa tai tiloissa. (Svensk

sjuksköterskeförening 2010, 2.) Hyvässä ympäristössä ovat tasapainossa keskenään niin fyysinen, sosiaalinen kuin psyykinenkin ympäristö (Iivanainen ym. 2006, 116).

Ympäristö on olennaisesti kytköksissä ihmisten perustarpeisiin, jotka ovat tarkemmin esitetty Maslow'n tarvehierarkiassa (kuva 1). Jos potilas ei kohtaa ympäristöllisiä tarpeitaan sairaalassa, se voi vaikuttaa hänen kokemukseensa sairaalajaksosta. Terveystieteiden ammattilaisten tietämys ihmisten perustarpeista voi olla apuna ajateltaessa potilaan hoitoympäristöön liittyviä tarpeita. (Mansfield, Nathanson, Jayasinghe & Foyle 2011, 4.)



KUVA 1. Perustarpeet kuvattuna Maslow'n tarvehierarkiassa.

Hoitoympäristön tavoitteena on luoda ihmiskeskeinen ympäristö, jossa potilaat, perheet ja terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat olonsa tervetulleiksi ja osalliseksi. Hoitoympäristön tarkoituksena on edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Terveystieteiden työntekijät vastaavat siitä, että hoitoympäristö tukee potilaan terveyttä ja hyvinvointia sekä yksityisyyttä, yksilön voimavaroja ja paranemisprosessia. Tämä edellyttää terveydenhuollon työntekijältä sekä korkeaa ammatillista taitoa että arviointikykyä potilaan tarpeista, toiveista ja myös siitä, mitä potilaan nykyinen sairaus tai vammaisuus vaatii hoitoympäristöltä ja miten potilaan tarpeet ja toiveet voidaan sovittaa hoitoympäristöön. (Svensk sjuksköterskeförening 2010, 1.)

3.1.1 Fyysinen hoitoympäristö

Fyysinen hoitoympäristö tarkoittaa itse rakennusta, sen pohjaratkaisua, materiaalien käyttöä ja rakennuksen lähialuetta (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 5). Sairaalan fyysiseen hoitoympäristöön sisältyvät valaistus, ikkunat, näköalat, äänitasot, erilaiset potilashuoneen tyypit, ilmanlaatu, sisustus, luonto, värit, tekniset laitteet ja hoitovälineet (Iivanainen ym. 2006, 116).

Hoitoympäristö tulisi suunnitella niin, että se mahdollistaa korkeatasoisen hoitotyön sekä edistää potilaan turvallisuutta ja terveyttä. Yleisesti ottaen on erittäin tärkeää, että hoitoympäristössä potilaat pystyvät hallitsemaan omaa elämäänsä niin paljon kuin se on mahdollista ja tekemään omia päätöksiä hoitoympäristön sallimissa puitteissa. Lisäksi monissa tutkimuksissa on vahvoja viitteitä siitä, että rakennettu ympäristö voi tukea potilaan terveyttä ja jopa vaikuttaa siihen positiivisesti, tai ainakin myötävaikuttaa potilaiden hyvinvointiin. (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph & Choudhary 2004, 3; Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 5.)

Fyysisen ympäristön vaikutukset potilaaseen voivat olla joko suoria tai epäsuoria. Suoralla vaikutuksella tarkoitetaan niitä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat suoraan ihmiseen, kuten hygienia tai turvallisuus. Nämä ominaisuudet ovat suoraan kytköksissä ihmisen perustarpeisiin. Fyysisestä ympäristöstä lähtöisin oleva epäsuora vaikutus vaikuttaa potilaaseen psykologisesti. Näitä epäsuoria vaikutuksia voivat olla esimerkiksi hallinnan tunteen menetys, yksityisyyden rikkoutuminen tai fyysisestä ympäristöstä lähtevät negatiiviset tunteet. Näin ollen fyysinen ympäristö voi viivyttää parantumattoman sairauden edistymistä tai tehdä siitä siedettävämpää. Se voi myös kiihdyttää kuntoutumisprosessia, estää kroonista tai akuuttia terveysongelmaa ja jopa edistää terveyttä ja hyvinvointia. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 6.)

3.1.2 Psyykkinen hoitoympäristö

Fyysisen hoitoympäristön kokee jokainen yksilö omalla tavallaan, jolloin siitä tulee subjektiivisesti koettu psyykkinen ympäristö. Psyykkinen hoitoympäristö muodostaa hoitotyölle kehyksen, joka vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Ihmistä ympäröivä

hoitoympäristö on häneen jatkuvasti vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi hyvä psyykkinen hoitoympäristö luo potilaalle turvallisuuden, hallinnan ja mielihyvän tunteet. Se sisältää juuri ne asiat, jotka ovat yksilölle itselleen tietyllä hetkellä tärkeitä (Aura, Horelli & Korpela 1997, 31, 48-53).

Jokaisen yksilön kokema psyykkinen ympäristö muodostuu omanlaisista jännitteistä hänen ja ympäristön välillä. Lewinin kenttäteoriassa (1935, 1964, 1966) esiteltiin ympäristön sisäisiä ja ulkoisia jännitteitä, jotka vaikuttavat yksilöihin eri tavalla. Ympäristön ominaisuudet voivat saada ihmiset joko kiintymään ympäristöönsä tai heille voi kehittyä ympäristöstä erkanevia ajatuksia. Tämänlaiset ympäristön ominaisuudet yksilö voi kokea mieltymyksinä, houkutuksina, ahdistuksen tunteina, torjuttavina asioina tai monina muina tunteina. Toisaalta tietynlaisen ympäristön aikaisempi kokemus tai suhtautuminen voi aiheuttaa ennakkoluuloja jo etukäteen, jolloin ympäristö on vaikeampi hyväksyä positiivisena. (Aura ym. 1997, 31-32.)

Norjalaisen arkkitehdin (Norberg-Schulz, 1963) mukaan ympäristöä suunniteltaessa on olennaista muistaa sekä monipuolisuuden että muunneltavuuden mahdollistaminen eri käyttäjäryhmiä ajatellen.

Ympäristön on kuvastettava inhimillisen elämän mahdollisuuksia. Ympäristön kokemuksessa ei ole tärkeää vain se, mitä tehdään, vaan samalla se, mitä halutessaan voisi tehdä. Ei ole tarpeen joka päivä mennä esimerkiksi kirjastoon tai teatteriin, mutta on tärkeää, että sen voi halutessaan tehdä. (Aura ym. 1997, 33)

Hoitoympäristöä suunniteltaessa ei riitä pelkästään, että ympäristöä tarkastellaan arkkitehtuurin näkökulmasta tai fyysisinä ja esteettisinä ratkaisuin, vaan pitää kiinnittää myös huomiota ympäristön psyykkisiin ominaisuuksiin (Aura ym. 1997, 33).

3.1.3 Hoitoympäristön fyysiset ominaisuudet

Ulrichin (1991, 1984) tekemät tutkimukset ovat osoittaneet, että huonot suunnittelutyöt voivat pahimmillaan toimia potilaiden hyvinvointia vastaan tai niillä voi olla negatiivisia vaikutuksia terveyden edistämiselle. Eräs Ulrichin tutkimuksista (1984) on osoittanut, että heikko suunnittelutyö voidaan yhdistää jännittyneisyyteen, deliriumiin,

korkeaan verenpaineeseen ja määrällisesti kohonneeseen kipulääkkeiden ottoon. (Mansfield ym. 2011, 11.)

Terveysthuollon rakennuksia suunniteltaessa pitäisi ajatella muutakin kuin käytännöllistä tehokkuutta, taloudellisuutta tai sen hintaa. Rakennusten pitäisi edistää hyvinvointia luomalla sellaisia fyysisen ympäristön ratkaisuja, joissa huomioidaan myös psykologiset tarpeet. Terveysthuollon rakennusten pitäisi varmistaa, ettei potilaiden kohdalla tapahtuisi ylikansoitusta eikä osastoilla olisi yleistä ahtautta. Lisäksi rakennusten pitäisi tarjota monipuolisia tilavaihtoehtoja, kuten tilavia päivähuoneita ja ruokailuhuoneita sekä tilavia auloja ja käytäviä, jotka ovat hyvin ilmastoituja ja tarjoavat tarpeeksi sekä luonnollista että keinotekoisesta valaistusta. Nykyisissä jo rakennetuissa sairaalarakennuksissa ei aina ole mahdollista ottaa näitä tekijöitä huomioon, mutta sen pitäisi olla aina harkinnassa kaikissa tulevilla uusissa rakennuksissa ja remonteissa. (Mansfield ym. 2011, 11.)

Valo on olennainen elementti ihmisen toimintakyvylle. Se mahdollistaa asioiden näkemisen ja aktiviteettien suorittamisen sekä vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Useimmat terveysthuollon rakennukset käyttävät valaistukseen sekä luonnollista päivänvaloa että keinotekoisesta valoa. Sekä päivänvalolla että keinotekoisella valaistuksella on vaikuttava rooli ihmisen terveyden kannalta. Esimerkiksi päivänvalo tarjoaa potilaille ajan- ja paikantajua sekä ehkäisee hämmennystä. Eri tutkimukset (Heerwagem 1986, Ulrich 2004, Joseph 2006, Aarts & Westerlaken 2007) osoittavat, että valaistuksesta on hyötyä: lääkepoikkeamat vähenevät, potilaan mieliala kohenee, masentuneisuus vähenee ja unitottumuksista voidaan pitää kiinni. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 14.)

Potilashuoneiden, joissa on hyvät ikkunanäkymät ulkomailmaan, on tutkitusti (Ulrich, 1984) huomattu vaikuttavan potilaan hoitojaksoon. Niiden on todettu vähentävän potilaan hoitojakson pituutta, kipulääkkeiden käyttöä ja sekä myös postoperatiivisia komplikaatioita. Vehreät ikkunanäkymät vähentävät potilaan stressiä, kohentavat mielialaa ja edistävät kognitiivista palautumista. Lisäksi ne edistävät fyysistä kuntoutumista, jolla on positiivinen vaikutus muun muassa verenpaineeseen, sykkeeseen ja ihon kuntoon. Suurin vaikutus potilaisiin on se, että näkemällä ulos todellisuuden- ja ajantaju pysyy hyvänä. (Netherlands Board for Healthcare Institutions, 2008, 16.)

Jotta osaston sisätilasta saadaan viihtyisä, vetovoimainen ja mukava, pitää sisustuksessa ottaa huomioon huonekalujen tyypit, yleinen valaistus sekä värien ja taiteen käyttö. Eräässä käytännön kokeilussa (Ulrich & Zimring, 2004) todettiin, että potilaat, jotka pääsivät viettämään hoitajaksonsa hotellin kaltaisissa potilashuoneissa, antoivat parempaa palautetta sairaalan henkilökunnasta, ruoasta ja siisteydestä kuin ne potilaat, jotka viettivät hoitajaksonsa normaaleissa, laitoksenomaisissa hoitoympäristöissä. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 24-25.)

Hoitoympäristön visuaalisen ilmeen, esimerkiksi maalauksien, taiteen tai julisteiden kautta on huomattu vaikuttavan positiivisesti potilaisiin. Tutkimus (Staricoff, Duncan, Wright 2003) Chelsean ja Westminsterin sairaalassa osoitti, että potilaiden jännitys ja masentuneisuus väheni, kun potilaat pääsivät osallistumaan taidenäyttelyihin hoitajaksojen aikana. Palmer, Kuhn ja Taylor (1999) huomasivat tutkimuksessaan kuvataiteiden vaikuttavan potilaiden kivunhoitoon. Potilaiden kokemukset kivusta ja stressistä vähenivät enemmän niissä yksiköissä, joissa oli käytetty normaalia enemmän kuvataidetta. (Mansfield ym. 2011, 10.)

Värejä voidaan tuoda osaston sisätiloissa esille monissa eri kohdissa, kuten seinissä, lattioissa ja huonekaluissa. Hoitoympäristön elementtinä värejä on helppo muunnella halutulla tavalla. Väreillä voidaan vaikuttaa ympäristöön eri tavoin. Tarpeen mukaan voidaan käyttää joko kirkkaita tai tummia värisävyjä ja värimaailmaa voidaan säädellä värikylläisyydellä. Tutkimukset hoitoympäristön värien vaikutuksista ovat tuloksiltaan hieman keskinkertaisia tai voivat olla ristiriitaisia keskenään. Yleisesti on oletettu, että eri värit vaikuttavat esimerkiksi ihmisen tunteisiin, mielentilaan ja jopa työtehoon, mutta tutkimusten perusteella ei voida olla täysin yksiselitteisiä kaikista värien vaikutuksista ihmisiin. Esimerkiksi Dijkstran ym. tekemässä tutkimuksessa (2008) huomattiin lämpimien värien (punaisen ja keltaisen) aiheuttavan sekä fyysistä että psyykkistä vilkastumista ja kylmien värien (sinisen ja vihreän) huomattiin lisäävän rauhallista ilmapiiriä ja positiivista tunnetta. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 25.)

Ääni voi olla stressin lähde sairaalan potilaille. Useat tutkimukset ovat selvittäneet äänten negatiivisia vaikutuksia potilaisiin sairaalaympäristössä. Strauch, Brandt ja Edwards-Beckett (1993) totesivat, että korkeat äänet olivat suurimmaksi osaksi heräämisten ja unihäiriöiden lähde. Zahr sekä de Traversay (1995), Slevin ym. (2000) ja

Johnson (2001) huomasivat omissa tutkimuksissaan, että korkeat äänet heikensivät potilaan hapettumista, nostivat verenpainetta, kohottivat sydämen sykettä ja nostivat hengityksen tiheyttä. Minckleyn tutkimuksessa (1968) tuli ilmi, että potilailla oli suurentunut tarve kipulääkkeille, kun äänenvoimakkuus oli hoitoympäristössä korkeampi kuin 60 desibeliä. Potilaat ovat huomattavasti tyytyväisempiä saamaansa hoitoon, kun hoitoympäristö tarjoaa yleisesti hyvän akustiikan ja rauhallisemman ääniympäristön. Rauhallisella ympäristöllä on selvästi positiivinen vaikutus potilasluottamuksellisuuteen ja potilaan yksityisyyteen. (Joseph & Ulrich 2007, 3, 7.)

Potilashuoneita ajateltaessa, yksityishuoneet ovat potilaille se miellyttävämpi vaihtoehto kuin monen hengen huoneet. Yksityishuone on hiljaisempi, siellä on vähemmän häiriötekijöitä ja potilas voi kommunikoida luottamuksellisesti terveydenhuollon työntekijän kanssa. Lisäksi yksityishuone helpottaa potilaan kanssakäymistä perheen ja ystävien kanssa. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 19-20.)

Hoitoympäristön lämpötila, kosteus ja ilmastointi voivat selvästi vaikuttaa potilaaseen. Sairaalaympäristöjen lämpötiloista ei ole tehty paljon tutkimuksia, mutta lukuisat hoitoympäristöistä tehdyt tutkimukset soveltavat päteviä tuloksia tutkimuksista, jotka ovat tehty toimistoympäristöissä. Rashid ja Zimring (2008) huomasivat omassa tutkimuksessaan, että potilaat ovat tyytyväisempiä, kun hoitoympäristön lämpötila on 21.5°C-22°C ja kosteus 30-70 prosenttia. Jos ilmastointi on vähemmän kuin 10 litraa/sekunnissa henkilöä kohden, se todistetusti voi johtaa terveysongelmiin ja ilman laadun huononemiseen. Infektoiden torjunnassa ilmastointi on tärkeä tekijä. Tehokas ilmastointi voi tutkimusten mukaan estää sekä ilman kautta että kosketusten kautta kulkevien tartuntojen leviämistä. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 22-23.)

3.2 Lasten hoitoympäristö

Aiemmin lueteltuja hoitoympäristön fyysisiä ominaisuuksia voidaan soveltaa lapsille toimiviksi kokonaisuuksiksi, mutta lasten hoitoympäristö täytyy kuitenkin suunnitella lasten toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Tässä tutkimuksessa lasten hoitoympäristöllä tarkoitetaan 0-16 vuotiaiden lapsipotilaiden sairaalaympäristöä.

Hyvä lasten hoitoympäristö sisältää lapsiystävällisiä ominaisuuksia, kuten iästä-riippuvia aktiviteetteja, valoisia ja värikkäitä ympäristöjä sekä kutsuvan ja ystävällisen sosiaalisen ympäristön (Bishop 2008, 263). Lasten hoitoympäristön tulisi olla viihtyisä, perhekeskeinen, yksilöllinen ja turvallinen. Viihtyisän hoitoympäristön luokiireettömyys, siisteys ja rauhallisuus, jossa lapsipotilas voi leikkiä ja mahdollisesti tavata ystäviä. Perhekeskeinen hoitoympäristö huomioi lapsen perheen, sillä perhe kuuluu olennaisesti lapsen hoitotyöhön. Lasten kohdalla hoitoympäristön yksilöllisyys luodaan esimerkiksi sallimalla lasten koristaa ympäröivä alue omien halujensa mukaisesti. Turvallisessa hoitoympäristössä lapsen hoitotyötä toteutetaan turvallisesti ja luodaan turvallisuuden tunnetta lapselle, jolloin lapsen on helppoa osallistua hoitotoimenpiteisiin ja muihin hoidollisiin tutkimuksiin osastolla. (Lamminen 2010, 12-14, 16-17; Pelander 2008, 21, 26, 58-59, 80.)

Ympäristön esteettiset tekijät tarjoavat lapselle sekä tervetullutta oloa että mukavuutta. Yhdistettynä nämä tekijät auttavat lasta ylläpitämään positiivista mielialaa, pitävät hänet hyvin mukana hoitotyössä ja edistävät lapsen hyvinvoinnin tunnetta. (Bishop 2008, 263.)

Lasten viihtyvyyttä sairaalan tiloissa lisää ympäristön kodinomaisuus. Tämä saadaan aikaiseksi tekemällä ympäristöstä 'pehmeämpää' esimerkiksi lattioiden ja seinien pehmustamisella. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon huonekalujen koot sekä asetelmat ja kiinnittää huomiota tilojen estetiikkaan. Carney ja ym. (2003) tarkkailivat tutkimuksessaan tuttavallisuuden ja kodinelämän tarpeellisuutta lasten hoitoympäristössä. He huomasivat, että lapset arvostivat suuresti kodinomaista toimintaa, esimerkiksi mahdollisuuksia päästä käsiksi videopeleihin ja muihin leikinomaisiin aktiviteetteihin. (Bishop 2008, 244.)

Lasten hoitoympäristössä värien oikeanlainen ja luova, mutta käytännöllinen käyttö on yksi suuresti arvostettu tekijä, kun halutaan välttyä sairaalanomaiselta ympäristöltä (Bishop 2008, 241). Boyatzis ja Varghese (1994) tutkivat eri värien vaikutuksia 4-7 vuotiaiden lasten tunteisiin. Tutkimuksessa huomattiin, että kaikki tutkimuksessa käytetyt värit herättivät lapsilla positiivisia tunnereaktioita. Tärkeintä tutkimuksen tuloksissa oli kuitenkin se, että kirkkaat värit herättivät lapsissa eniten positiivisia tunnetiloja. Kirkkaat värit vahvistivat lasten iloisuuden ja hyvänolon tunnetta. (Bishop

2008, 242.) Taidetta sisältävä, valoisa ja värikäs ympäristö viestii lapsipotilaalle tervetullutta oloa ja henkistä tukea (Bishop 2008, 263).

Bishopin tekemän tutkimuksen (2008) mukaan taiteen suhteen lapset voivat suhtautua välillä jopa ristiriitaisesti:

Huomasimme, että lapset eivät tykänneet taiteesta, joka oli liian yksinkertaista tai näennäisesti yritetty kohdistaa nuorimmille lapsille ja pitkän aikavälin aikana he kokivat niiden läsnäolon huoneissaan ärsyttäväksi. Vaikka [tämän tyyppinen] taide ei ollut haluttua, he halusivat, että seinissä oli taidetta tyhjyyden sijaan. (Bishop 2008, 240.)

Blumberg and Devlin (2006) huomasivat nuorille (13-18 vuotiaat) tehdyssä tutkimuksessa, että ympäristöön oli tärkeätä lisätä sen tyyppistä taidetta, jossa ei ilmennyt tyypillisiä stereotyyppisiä, jotka muistuttivat lapsuudesta, kuten animaatiohahmoja, pellejä tai nalleja. Tutkimukseen osallistuneet nuoret huomauttivat tutkijoille, että heidän mielestään sairaala ei tarvitse lapsellisia sisustuksia. (Bishop 2008, 240.)

Lapsen tylsistyminen sairaalassaolon aikana voi aiheuttaa negatiivisia ajatuksia, koti-ikävää ja levottomuutta. Hoitoympäristön tulisi tarjota lapselle tekemistä ja erilaisia virikkeitä, jotta lapsi viihtyisi sairaalassa. Leikkiminen, puuhailu ja aktiviteetit parantavat yleisesti lasten tyytyväisyyttä ja hyvinvointia sairaalassaolon aikana. Lasten aktiviteettien tulisi sopia kaikenikäisille potilaille. Lapsille hyviä ja omia selviytymiskeinoja tukevia aktiviteetteja voivat olla esimerkiksi erilaiset itseohjattavat leikit tai aktiviteetit, kuten lukeminen, musiikin kuuntelu, elokuvien ja television katselu tai pelien pelaaminen. (Bishop 2008, 164, 193, 232).

Leikkiminen voi toimia lapsipotilaalla eräänlaisena selviytymiskeinona koko sairaalassaolon ajan. Yhteisten aktiviteettien ja sosialisointin kautta lapset oppivat keskenään olemaan yhdessä ja auttamaan toisiaan läpi sairaalassaolon. Leikkien avulla lasten stressi lievenee ja jännitteet vapautuvat. Jos lapsella on puutteellinen sanasto tai hän ei pysty puhumaan syystä tai toisesta, hän voi käyttää leikkejä itsensä ilmaisuun. Lapset myös peilaavat pelkojaan, jännityksiään ja toiveitaan leikkien kautta. Sairaalaympäristön leikkihuoneet toimivat lasten virkistysalueina, joissa lapset tuntevat

olonsa turvallisiksi ja rentoutuneiksi. Leikkihuone on eräänlainen pakopaikka sairaalaympäristöstä. (Taha 2008, 3-4)

Yksi lasten hoitoympäristön avaintekijöistä on mahdollisuus kommunikoida sekä ystävien että perheen kanssa. Mahdollisuus saada sosiaalista tukea on merkittävä tekijä lapselle sairaalajakson aikana. Ulrichin (1991) mukaan perheen ja ystävien jatkuvan tuen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaiden hyvinvointiin sekä vähentävän myös heidän stressiään. Perhekeskeisyyttä voidaan tukea hoitoympäristössä yksilökohtaisilla potilashuoneilla, joissa jokainen lapsi voi rauhassa viettää aikaa perheensä ja ystäviensä kanssa. Jos tähän ei ole mahdollisuutta, tarvitaan sairaalaympäristöstä kuitenkin jonkinlainen rauhallinen ja yksityinen tila, jossa voitaisiin viettää aikaa läheisten kanssa. Tämän lisäksi kävely ja ulkoilu ovat lasten halutuimpia tapoja viettää aikaa läheistensä kanssa, jos vain vointi sen sallii. (Bishop 2008, 31-32,179-180,182.)

Laitosympäristössä lapsilla on pakostikin rajallinen määrä tilaa, jolloin lapsen yksilöllinen huomiointi ja toiminta voi olla haasteellista. Jokainen lapsi on oma yksilönsä ja täten he tarvitsevat hoitojakson aikana yksilöllistä kohtelua. Ympäristön kuuluu olla yksilöllinen, joka vastaa lasten ja nuorten tarpeita. Sairaalan siivoustyöt, hoitohenkilökunnan valvonta tai toimenpiteet eivät saisi estää lapsen omanlaisien ympäristöjen muodostumista. Lapset tarvitsevat omia, yksityisiä alueita. (Wardle, 2008.) Esimerkiksi lapsipotilaiden sängyt olisivat heidän omaa aluettansa, jota he voisivat muokata omin tavoin. Tällöin lapsille syntyisi kontrollin tunnetta ympäröivästä tilasta ja tila sängyn ympärillä kuvastaisi heidän henkilökohtaista minäänsä. (Bishop 2008, 227.) Lapsen yksilöllisyyttä edistävät myös yksityiset kaapit ja pöytätasot, joihin he voisivat sijoittaa omat vaatteensa ja omaisuutensa, kuten piirustukset sekä valokuvat kodista ja perheestä. Lapset tarvitsevat myös sellaisia alueita, joissa he voivat rauhoittua. (Wardle, 2008.)

Jotta lapsi tuntisi olonsa turvallisiksi hoitojakson aikana sairaalassa, hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen, hauska ja kodinomainen niin sisustukseltaan kuin suunnittelultaankin. Kuitenkin suurin tekijä lapsipotilaan turvallisuuden tunteen luomisessa on hoitohenkilökunnan tekemä hoitotyö ja tarkkaavaisuus. (Pastor 2011, 29-30.) Turvallinen hoitoympäristö saadaan, kun hoitovälineet säilytetään oikeissa paikoissa, sängyissä käytetään tarvittavia laitoja, johdot ja sähköiset välineet pidetään poissa lasten ulottuvilta ja lattiat pidetään puhtaina. Myös lääkkeet, voiteet ja

siivoustarvikkeet kuuluu pitää lasten ulottumattomissa. Pöytien ja muiden huonekalujen terävät kulmat olisi hyvä pyöristää tai niitä tulisi kokonaan välttää. Lisäksi on tärkeää, että lelut ja pelit säilytetään siististi sovitussa paikoissa eli vältetään niiden lojumista lattialla. (RHSC Guidelines 2004, 1-10.)

3.3 Lastenneurologia

Sillanpää, Herrgård, Iivanainen, Koivikko ja Rantala (2004) ovat määritelleet lastenneurologian seuraavasti:

Lastenneurologia käsittää lapsuus- ja nuoruusiän normaalin kehityksen, kuten liikkeiden ja liikunnan, tasapainon, hienomotoriikan ja koordinaation, puheen ja muun viestinnän, älyllisen, emotionaalisen ja sosiaalisen sekä aistinten kehityksen ja niiden häiriöiden ja poikkeavuuksien esiintymisen, arvioinnin, selvittelyn ja seurannan (Sillanpää, Herrgård, Iivanainen, Koivikko & Rantala 2004, 14).

Suurin osa lasten neurologisista ongelmista on joko vikoja, vammoja tai pitkäaikaisia sairauksia. Lasten neurologiset sairaudet ovat yleensä synnynnäisiä tai hankinnaisia. Tunnetuimmat osastohoitoa vaativat neurologiset syyt ovat aivoperäiset kohtaukset, kehityksen erityisvaikeudet sekä kehitysviivästymät. Lapsiväestössä yleisimmin ilmaantuvat neurologiset sairaudet ja kehitykselliset häiriöt ovat CP-oireyhtymä, älyllinen kehitysvammaisuus, autismi, silmän ja näkemisen häiriöt, kuulon häiriöt, puheen ja kielellisen kehityksen häiriöt, tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt ja epilepsia. (Sillanpää ym. 2004, 15-16.)

CP-vamma on pysyvä aivovaurio, jonka lapsi saa syntymän yhteydessä tai varhaislapsuutensa aikana. Tämä aivoalueella oleva vaurio vaikuttaa liikkumisen ja liikkeiden hallintaan, jonka vuoksi henkilö ei pysty käyttämään kehonsa lihasryhmiä normaalilla tavalla. CP-oireyhtymään voidaan liittää erinäisiä liitännäisvammoja, joista yleisin on puhevamma. Muita liitännäisvammoja voivat olla esimerkiksi näkö- ja hahmotushäiriöt, epilepsia, syömishäiriöt, vaikea henkinen kehitysvammaisuus, sekä kuulovammat. CP-oireyhtymään kuuluu myös yleensä liikuntarajoitteisuutta ja pakkoliikkeisyyttä. Noin puolella CP-vammaisten henkinen kehitys on normaalia. CP-vammaisten toimintakyky voi vaihdella huomattavasti, sillä joillakin oireet voivat

ilmetä vain pienenä toimintahäiriönä, kun taas toisilla vaikeana monivammaisuutena. (Mäenpää 2012.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan älyllisellä kehitysvammaisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa henkisen suorituskyvyn kehitys on estynyt tai on epätäydellinen. Puutteelliseen kehitykseen vaikuttavat etenkin kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset taidot. (Kaski, Manninen, Mölsä & Pihko 2002, 20-21.) Älyllisen kehitysvamman vaikeutta voidaan arvioida potilaan älykkyysosamäärän mukaan (Sillanpää ym. 2004, 179). Väestön keskimääräinen älykkyysosamäärä on noin 100 (Suomen Mensa ry 2012). Maailman terveysjärjestön mukaan älyllinen kehitysvammaisuus voidaan mitata seuraavin asteikkoina: ÄO 50-69 osoittaa lievään älylliseen kehitysvammaisuuteen, ÄO 35-49 keskivaikeaan, ÄO 20-34 vaikeaan ja ÄO alle 20 vaikeaan älylliseen kehitysvammaisuuteen (Kaski 2002, 147).

Autismin ajatellaan nykyisin olevan neurobiologinen kehityksellinen oireyhtymä (Sillanpää ym. 2004, 200). Autismin taustalla on monenlaisia geneettisiä hermoston ja lihasten sekä ympäristötekijöihin liittyviä tekijöitä, jotka aiheuttavat laaja-alaisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriön (Sillanpää ym. 2004, 201). Autistisen lapsen käyttäytyminen ja oireilu vaihtelevat eri ympäristöissä sekä riippuen siitä, kenen kanssa he ovat tekemisissä. Esimerkiksi liialliset ärsykkeet voivat jopa ahdistaa autistista lasta. Hälyinen ympäristö voi vaikuttaa negatiivisesti oppimisen keskittymiseen ja turvallisuuden tunteeseen. (Kerola, Kujanpää & Timonen 2001, 86.) Autistille luonteenomaiset poikkeavuudet ilmenevät sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, yhteydenpito tavoissa, kapea-alaisissa harrastuksissa ja heidän toiminnassa. (Sillanpää ym. 2004, 202.) Esimerkiksi autistisen lapsen kielen ymmärtäminen on usein konkreettista. Siksi kommunikoinnin moniin eri mahdollisuuksiin täytyy paneutua ennalta. Ilman yksilöllisesti mietittyjä kommunikaatiokeinoja jää autistinen lapsi helposti vuorovaikutuksen ulkopuolelle, mistä seuraa ei-toivottuja ja erikoisia käyttäytymismuotoja. (Kerola ym. 2001, 23.)

Silmän ja näkemisen häiriöt voivat johtua keskushermostoa vaurioittavista sairauksista, sillä ne voivat aiheuttaa muutoksia silmän anatomiassa. Tällöin näköhäiriöitä voi ilmetä riippuen siitä missä anatomisia muutoksia on tapahtunut. Yleisimmät silmän ja näkemisen häiriöt ovat silmässä havaittavat muutokset, näköratavauriot ja silmän liikehäiriöt. (Sillanpää ym. 2004, 213.)

Kuulon häiriöllä tarkoitetaan, että lapsella on jonkinasteinen tai -laatuinen kuulonalennus, joka voi vaihdella lievästä huonokuuloisuudesta täydelliseen kuurouteen. Kuulon kypsyämisessä kuulohäiriöt vaikeuttavat kielen kehitystä ja kielen käyttöä puheessa, lukemisessa, kirjoittamisessa, oppimisessa ja viestinnässä. (Kuuloliitto ry 2009.)

Puheen ja kielellisen kehityksen häiriöt voivat ilmetä lapsella puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen ongelmina. Viivästynyt puhe ja kielellinen kehitys ilmenee useimmiten puheen tuoton niukkuutena, epäselvyytenä tai vaikeasti tuotettuna puheena. Lapsen voi olla myös hankala ymmärtää kuultua puhetta ikätasoisesti. (Sillanpää ym. 2004, 233.)

”Tarkkaavaisuushäiriöihin voi liittyä aktiivisuuden, liikunnan, puheen, muistin, hahmotuksen, oppimisen ja psyyken ongelmia yksittäisinä, kapea-alaisina tai erilaisina yhdistelminä” (Sillanpää ym. 2004, 242). Tarkkaavaisuus- ja oppimishäiriöistä tunnetuin on ADHD (Attention deficit/hyperactivity disorder), eli *tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriö* (Sillanpää ym. 2004, 251). Kyseessä on neuropsykiatrinen häiriö, jonka ydinoireet ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. ADHD:n ydinoireet voivat näkyä ja painottua eri tavoilla ja niistä voi olla haittaa useammalla elämän osa-alueella. Esimerkiksi uhmaikäinen lapsi voi testata kiukunpuuskillaan omia rajojansa. Taas myöhemmässä iässä lapsi oppii säätelemään oikean tuen avulla omaa käyttäytymistään, kuten tunnekuohujen hallintaa, keskittymistään ja oman toiminnan ohjaamistaan. Tämän vuoksi lapsi tarvitseekin aikuisen lämmintä ja johdonmukaista ohjaamista arkisten toimien äärellä. (ADHD-liitto ry 2012.)

Epilepsia on sairaus, jossa ilmenee toistuvia aivoperäisiä kohtauksia ilman erityisiä kohtauksille altistavia tekijöitä. Kohtaukset johtuvat aivosähkötoiminnan ohimenevästä häiriöstä ja yleensä tavallisin kohtausoire on tajunnan osittainen tai täydellinen hämärtyminen. Lisäksi muita kohtausoireita ovat kouristelu, rytminen nykiminen, jäykistely tai lihasvelttous. Epilepsian oirekuva ei varsinkaan lapsilla ole aina selkeä ja kohtauksen kesto voi vaihdella muutamista sekunneista minuutteihin. (Åberg 2011.)

3.4 Neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristö

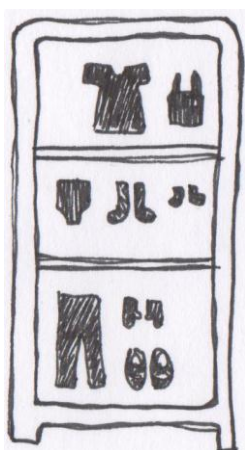
Lapsille hyvin ja tarkoin suunnitellut hoitoympäristöt eivät välttämättä vastaa neurologisesti sairaan lasten tarpeita (Wardle 2008). Neurologisesti sairaalle lapselle hoitoympäristöä suunniteltaessa on tärkeitä ajatella, miten lapset näkevät, kuulevat, haistavat tai tuntevat ympäristönsä. Ympäristön suunnittelun kulmakivenä on tukea lapsen jokapäiväistä toimintaa. Ympäristö ei saisi altistaa tai vaikuttaa negatiivisesti lapsen toimiin, vaan ympäristön pitäisi pystyä vastaamaan neurologisen sairauden aiheuttamiin tarpeisiin. (Paron-Wildes 2005, 4.)

Neurologisesti sairailta lapsilla ärsykkeiden ilmenevyys vaikuttaa suuresti heidän hahmottamiskykyynsä. Liiallinen ärsykkeiden määrä, kuten sekavat huoneet ja räikeät värit voivat hämmäntää lapsen ajatuksia tai jopa varastaa hänen huomionsa. Lapsen on hankala noudattaa verbaalista ohjeistusta, jos ympäristössä on liikaa ärsykejä. (Paron-Wildes 2005, 2.) Neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristössä on myös tärkeänä tavoitteena esteettömyys, jolloin liikkuminen on kaikille mahdollista ja turvallista. Tasoerot ja kynnykset voivat olla suuria haittoja pyörätuolien käyttäjille. (Tapaninen, Kauppinen, Kivinen, Kotilainen, Kurenniemi & Pajukoski 2002, 109.)

CP-vammaisille ja kehitysvammaisille lapsille hoitoympäristön peruslähtökohtana on kehityksen tukeminen. Ympäristön pitäisi tukea vammaisuuden mukana tuomia käytännön ongelmia ja tukea perheen tarpeita sekä vammaisen lapsen päivittäisiä rutineja. Ihanteellinen hoitoympäristö olisi elämän normaalisuuden periaatteen mukainen. Esimerkiksi on tärkeää, että esineille on omat sijoituspaikkansa, vaatteille oma kaappi ja laatikkotilaa erilaisille tavaroille. Toimintojen oppiminen ja suorittaminen helpottuu, jos esineille on määritelty sellainen säilytyspaikka, josta kehitysvammainen voi itse löytää tarvittavat tavarat. Tämä on tärkeää etenkin silloin, jos potilaan havaitsemiskykyä haittaa näkövamma tai hahmotushäiriö. (Kaski ym. 2002, 191-194.)

Jos CP-vammaisen lapsen ruokailutilanne on kiireellinen, äänekäs tai muuten häiritsevä, hänen suun ja nielun alueen lihakset jännittyvät, syöminen hidastuu ja lopulta hänelle voi ilmaantua tukehtumisen tunnetta, jonka jälkeen hän voi pelätä koko tilannetta. Tämän välttämiseksi ruokailuympäristön kuuluu olla mahdollisimman kiireetön, meluton ja vapaa keskeytymisriskeistä. (Kaski ym. 2002, 227-228.)

Autistiselle lapselle on olennaista se, että hoitoympäristö olisi strukturoitu. Strukturoidussa ympäristössä seinät, lattiat, kalusteet ja tiloissa käytetyt värit olisivat mahdollisimman selkeitä ja rauhoittavia sekä ärsykkeet olisivat niissä mahdollisimman vähäiset. (The National Autistic Society 2012, 2.) Autististen lasten kohdalla kuvien käyttö voi olla oiva tapa kommunikoida. Kuvat auttavat jäsentämään ympäristöä ja aikaa. Jos lapsi ei muista, mitä oli tekemässä, minne oli menossa tai mitä oli hakemassa, voi kuviin aina palata ja virkistää muistia. Kuvien avulla voidaan selventää asioiden ja esineiden säilytyspaikkaa ja järjestystä. Esimerkiksi vaatekaapin ovesta voi olla omien vaatteiden kuvasymboli (kuva 2), josta lapsi itsenäisesti voi nähdä jokaisen vaatekappaleen sijainnin. (Kerola ym. 2001, 35-36)



KUVA 2. Esimerkki kuvien käytöstä järjestyksen havainnointiin.

Autistisen lapsen hoitoympäristöä suunniteltaessa on hyvä ottaa myös huomioon valaistukselliset tekijät. Esimerkiksi loisteputkivalaistus voi olla haitallista autistiselle lapselle, sillä he voivat nähdä valaistuksen välkkyvänä ja kuulla sen humisevan, joka voi olla heille häiritsevää ja joskus jopa tuskallista. Tämän vuoksi hoitoympäristössä on käytettävä säädettävää valaistusta mahdollisuuksien mukaan. Autistisen lapsen on ajoittain hankalaa suodattaa ylimääräistä melua. Hoitoympäristön sisustukseen liittyvillä ratkaisuilla voidaan vähentää melua. Esimerkiksi matoilla ja pehmeillä kalusteilla sekä lattioilla voidaan parantaa tilojen akustiikkaa. Hoitoympäristön värimaailmassa tulisi välttää räikeitä värejä sekä kuvioituja pintoja ja käyttää sen sijaan kermansävyisiä rauhoittavia värejä, sillä ne stimuloivat vähiten autistisia lapsia. Potilashuoneita suunniteltaessa olisi tärkeää, että huoneet olisivat mahdollisimman väljät, jotta autistinen lapsi erottaisi helposti lattian, seinät ja kalusteet. (The National Autistic Society 2012, 3.)

Kuulohäiriöisen lapsen kohdalla hoitoympäristön esteettömän kuuntelun peruslähtökohtana on aina tilan hyvä akustiikka. Hyvät kuunteluolosuhteet ovat huonokuuloisille kommunikoinnin perusedellytys, sillä hyvässä kuunteluympäristössä kaikki voivat kuulla vaivattomasti. Hoitoympäristössä on varmistettava, että äänien kaikuminen on mahdollisimman minimaalista. Taustamelua tulisi vähentää, sillä kaikki ylimääräinen ääni, kuten puheen sorina, tietokoneen humina tai ilmanvaihdon suhina voivat olla kuulohäiriöiselle lapselle häiritsevää. Siksi myös hyvä äänieristys auttaisi lapsen päivittäistä elämää hoitoympäristössä. Suunniteltaessa kuulohäiriöisen lapsen fyysisiä tiloja, olisi hyvä kiinnittää huomiota tilojen sijoitteluun: ääntä tuottavat tilat pitäisi sijoittaa kauemmas niistä tiloista, joissa tarvitaan rauhallista ympäristöä. Hoitoympäristön hyvä valaistus helpottaa kuulohäiriöisen lapselle suun liikkeiden sekä eleiden ja ilmeiden seuraamisen. Näin kuulohäiriöinen lapsi voi ymmärtää puhetta paremmin. Kuulohäiriöistä lasta varten opasteet auttavat löytämään oikean kohteen hoitoympäristössä. Selkeä, johdonmukainen opastus on tärkeää kuulohäiriöiselle lapselle. (Kuuloliitto ry 2012, 1-7.)

Näkövammaisen lapsen ympäristön tulisi olla selkeä, huolellisesti suunniteltu ja johdonmukaisesti toteutettu. Näkövammaiselle lapselle on tärkeää, että ympäristö on ymmärrettävä ja antaa oikea-aikaista informaatiota. (Näkövammaisten keskusliitto ry 2012.) Esimerkiksi hoitoympäristön selkeys helpottaa näkövammaisten liikkumista ja orientoitumista. Tämä saadaan aikaiseksi esimerkiksi sijoittamalla kalusteet ja varusteet yhtenäiseen linjaan ja korostamalla kulkuväyliä johdattavin materiaalein ja värein. (Tapaninen ym. 2002, 110.) Ympäristön hahmottamista helpottaa myös yksinkertainen pohjaratkaisu, jossa olisi johdonmukaiset ja esteettömät kulkuväylät. Materiaalivalinnat, värit ja värikontrastit helpottavat tilan hahmottavuutta. Esimerkiksi värien käytössä pääsääntönä on, että suuret pinnat tulisi olla väreiltään vaaleita heijastumisen vuoksi ja pienet väripinnat, kuten ovet, kalusteet ja hoitopöydät, olisivat tummempia. Lattian värit on mielellään tummempi kuin seinien, jolloin tila hahmottuu näkövammaiselle paremmin. Ympäristön selkeää kontrastisuutta parantaa myös hyvä yleis- ja kohdevalaistus. (Näkövammaisen keskusliitto ry 2012.)

ADHD-lapsen käyttäytymiseen ympäristö voi vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti. Ympäristössä olevat häiriötekijät, kuten äänet, esineet ja liikehtiminen voivat altistaa yliaktiivisuudelle ja käytöshäiriöisyydelle. Hoitoympäristön pitäisi siis olla mahdollisimman rauhallinen ja strukturoitu. Muita ympäristön häiriötekijöitä

ADHD-lapsille ovat esimerkiksi suuret ryhmäkoot, vapaamuotoiset tilanteet, vähävirikkeinen ympäristö ja fyysinen epämukavuus. Fyysisiä epämukavuuksia voivat olla muun muassa liian kuuma tai kylmä ympäristö, väsymys, nälkäisyys tai kipu. (Puustjärvi & Pihlakoski 2011.) ADHD-lapsi hyötyy eniten vähähäiriöisestä ympäristöstä, joka on strukturoitu ja rauhallinen sekä tukee myös lapsen tarkkaavaisuutta (ADHD-liitto ry 2012).

Epilepsiaa sairastavan lapsen fyysisen ja psyykkisen hoitoympäristön edellytyksenä on turvallisuus. Lapsen turvallisuuden tunne syntyy pitkälti sairauden luonteen ymmärtämisestä. Lapsi voi luottaa siihen, että kohtauksen tapahtuessa hoitohenkilökunta tietää kuinka toimia. (Epilepsialiitto 2012.) Hoitoympäristöä voidaan tehdä epilepsiaa sairastaville lapsille turvallisemmaksi esimerkiksi tilojen esteettömyydellä. Kulkureiteillä tulee välttää putoamis-, kompastumis-, törmäämis- tai juuttumisvaaraa aiheuttavia rakenteita. Tasoeroissa olevat suojakaiteet tai käsijohteet ja tasoerot on hyvä merkitä selkein kontrastein. Epilepsiakohtauksen sattuessa tajunnantaso hämärtyy, jolloin looginen huoneiden pohjaratkaisu helpottaa tilojen hahmottamista. Turvallisuutta lisäävät myös pehmeämateriaaliset lattiat, esimerkiksi WC-tiloissa. Kalusteiden turvallinen sijoittelu, pyöreäkulmaisuus ja pehmeät materiaalit vähentävät riskitilanteiden syntymistä epilepsiakohtauksen sattuessa. Hyvänä periaatteena voidaan pitää sitä, että hoitoympäristössä ei olisi lainkaan teräviä kulmia, joista syntyisi vaaratilanteita lapsille. (Holmberg 2009, 14-15.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, koska sen avulla saadaan kuvattua henkilökunnan näkemyksiä lapsipotilaiden toimivasta hoitoympäristöstä (Hakala 2004, 114). Suomessa hoitoympäristön vaikutusta hoitotyöhön on tutkittu vähän, joten kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii parhaiten opinnäytetyön aiheita varten (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152).

Laadullinen tutkimus ei tutki totuutta, vaan pikemminkin havainnoi ilmiötä, sillä tutkimuksen tulokset ovat ehdollisia selityksiä aikaan ja paikkaan rajoittuen. Objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä, koska tutkija ja tutkittava kohde kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ihmisen omia näkemyksiä koetusta todellisuudestaan ja näiden kuvausten oletetaan sisältävän asioita, joita ihminen pitää itselleen elämässään merkityksellisinä ja tärkeinä (Vilkkä 2007, 97).

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyllä tutkimuksella on mahdollista tavoittaa myös ihmisen merkityksellisiksi koettuja tapahtumaketjuja, kuten sairaalan hoitoympäristön merkitystä lapsille. (Vilkkä 2007, 97). Tavoitteena on ymmärtää haastatteluihin osallistuvien näkökulmia tutkimuksen ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu induktiivinen päättely. Siinä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, joita yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-26.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä, hoitajien haastattelulla, saadaan hoitajilta niin sanottua hiljaista tietoa ja tätä tietoa käytetään opinnäytetyön tulososassa.

4.2 Aineiston hankinta

Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkimusaineistoa voidaan kerätä monella eri tavalla. Laadullisessa aineiston hankinnassa aineiston hankintametodeja voidaan käyttää joko yksinään tai yhdistelemällä niitä. Näitä aineiston hankintametodeja ovat esimerkiksi

haastattelu, tarkkailu, kirjallisen materiaalin käyttö, elokuvallisen materiaalin käyttö, projektiivisten tehtävien sekä elämänkerrallisten aineistojen käyttö. (Metsämuuronen 2006, 111.)

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastatteluiden avulla. Haastattelu toimii aineiston hankintametodina eritoten silloin, kun halutaan tulkita kysymyksiä tai täsmentää haastateltavien vastauksia, halutaan kadon jäävän mahdollisimman pieneksi, tutkitaan emotionaalisia asioita tai kun halutaan kuvaavia esimerkkejä. Haastattelua voidaan pitää laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnan perusmenetelmänä, joka soveltuu moneen eri tilanteeseen. Haastattelua kannattaa käyttää, jos se vain on tutkijoille mielekäs tapa kerätä tietoa. (Metsämuuronen 2006, 113-114)

Haastattelumenetelmiä on monenlaisia. Haastattelut voidaan jaotella strukturoituun eli yleensä lomakehaastatteluun, puolistrukturoituun eli teemahaastatteluun ja ei-strukturoituun eli avoimeen haastatteluun. Haastattelutekniikat voidaan suorittaa ryhmä- tai yksilöhaastatteluina. Tutkija voi tehdä haastattelut paikan päällä, puhelimitse, lomakkeen avulla tai kyselynä. (Metsämuuronen 2006, 111-115.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastatteluissa kysymykset ja niiden muoto ovat kaikille samat, mutta haastattelija voi halutessaan muuttaa kysymysten järjestystä. Kysymysten vastaukset eivät ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavien vastaukset muotoutuvat täysin omien sanojen mukaisesti. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelut etenevät tutkimukselle keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelujen keskeiset teemat määritellään ennen haastattelutilaisuutta ja nämä teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta asiasta jo tiedettyyn tietoon. (Vilka 2007, 101-103; Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48.) Teemahaastattelu sopii hyvin tutkimukseen, kun halutaan tuoda ilmi heikosti tiedostettuja asioita tai intiimejä, arkoja aiheita (Metsämuuronen 2006, 115). Kertyneestä haastattelumateriaalista saadaan mahdollisimman rikasta ja monipuolista, jos haastattelijan ja haastateltavan välille on syntynyt syvää ja luontevaa dialogia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135).

Tämän opinnäytetyön haastatteluiden teemat valittiin tutkimustehtävien mukaisesti. Tutkimuksessa noudatettiin selkeää 'punaista lankaa', jolloin haastatteluiden teemoja valittaessa piti ajatella tarkkaan, mitkä palvelisivat parhaiten tutkimuksen tarkoitusta ja

tehtäviä. Haastatteluteemoja valittaessa tutustuttiin aiheeseen liittyvään teoriaan sekä etsittiin vastaavia muita tutkimuksia kyseisestä aiheesta. Teemojen valinta alkuun oli vaikea prosessi, sillä aiheen kokonaisuuden hahmottaminen oli hankalaa. Lopulta teemat muodostuivat teorian ja tutkimuskohteemme toivomusten pohjalta. Haastatteluteemat löytyvät liitteestä (liite 2).

Tässä opinnäytetyössä haastatteluihin osallistuvien työntekijöiden valinta oli kaksiosainen prosessi, jossa ensin pyydettiin yhteistyökumppania miettimään etukäteen, ketkä voisivat osallistua haastatteluihin. Halusimme saada mahdollisimman kattavan näkemyksen tutkimuksen aiheesta: toivoimme mahdollisimman eri ikäisiä ja eri työnkuissa olevia työntekijöitä osallistumaan haastatteluihin. Toisessa vaiheessa esittäydyimme henkilökohtaisesti tutkimuskohteessa kertoen hieman meidän tulevasta opinnäytetyöstä ja jaoimme samalla työntekijöille tiedotteen opinnäytetyön tekemisestä (liite 3). Tämän esityksen tarkoituksena oli myös motivoida haastateltavia osallistumaan tutkimukseen. Vapaaehtoiset haastateltavat valittiin saman tilaisuuden yhteydessä. Haastattelijoiden osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja haastattelusta sai kieltäytyä missä vaiheessa tahansa.

Ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4), jossa he suostuivat kirjallisesti osallistumaan opinnäytetyöhön ja haastattelutilanteiden nauhoittamiseen. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui neljä hoitajaa sekä kolme erityistyöntekijää. Tutkimuksen haastateltavien ikä ja työkokemus vaihteli laajalti. Haastateltavista iältään kaksi oli alle 30-vuotiaita, kolme 30-45-vuotiaita ja kaksi yli 45-vuotiaita. Kolme haastateltavista oli ollut töissä osastolla alle kymmenen vuotta, kaksi 10-20 vuotta ja kaksi yli 20 vuotta. Laajan kokemuskirjon ja erilaisten työtehtävien kautta oletimme saavamme mahdollisimman runsasta tietoa tutkimusaiheesta. Haastattelut tehtiin sattumanvaraisessa järjestyksessä keväällä 2012. Haastattelut suoritettiin aina yksityisessä ja rauhallisessa huoneessa. Haastattelutilanteet nauhoitettiin ja pyrimme pitämään haastatteluiden keston n. 30 minuutissa. Haastattelut nauhoitettiin tietokoneen avulla, johon ne tallennettiin ja nimettiin numeroin 1-7:ään. Näin säilytimme haastateltavien anonymiteetin aineiston keruun aikana.

4.3 Aineiston analyysi

Kun saatuun laadullisen tutkimuksen aineistoon halutaan saada selkeyttä ja luoda siitä uutta tietoa, tutkimuksessa aineisto on analysoitava (Eskola & Suoranta 2000, 137). Sisällönanalyysia voidaan pitää perinteisenä analyysimenetelmänä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumenttina voi toimia miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Tämä analyysimenetelmä sopii hyvin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Sisällönanalyysia voidaan pitää siis eräänlaisena tekstianalyysina. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105.)

Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jolloin kerätty aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93, 105.) Tämä analyysimenetelmä on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifoida tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Juvakka 1999, 4).

Usein sisällönanalyysi määritellään prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Käsitejärjestelmällä, -kartalla ja mallilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia ja niiden mahdolliset suhteet toisiinsa. (Kyngäs & Juvakka 1999, 4-5.)

Sisällönanalyysi voidaan suorittaa kahdella eri tavalla: joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi tehtiin induktiivisesti. Tällä tavalla tutkimusilmiötä voidaan lähestyä niin sanotusti 'tyhjin mielin', sillä aineistoa kerätään ja tutkitaan tiedonantajien ehdoilla. Tällöin induktiivinen sisällönanalyysi mahdollistaa tutkijan keskittymään analyysiin vähin ennakkoluuloin. Ennalta kerätty tieto on vähäisempää kuin deduktiivisessa analyysissa, jossa tutkija tutustuu ja määrittelee valmiin viitekehyksen teoriasta ennen analyysin suorittamista. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 97-98, 116.)

Ennen sisällönanalyysia haastattelut kuunnellaan ja aukikirjoitetaan sana sanalta puhtaaksi eli litteroidaan. Tässä opinnäytetyössä litterointi tehtiin seitsemästä 30 minuutin pituisesta haastattelunauhoitteesta. Litteroinnit teimme kahdestaan ja tämä oli työläin sekä eniten aikaa vievä vaihe opinnäytetyön tekemisessä. Puhtaaksi kirjoitettu

aineisto luetaan ja perehdytään sen sisältöön. Tämän jälkeen aineisto on valmis analysoitavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen, johon katsotaan kuuluvaksi aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Aineiston pelkistämisen tarkoitus on pelkistää aineisto siten, että siitä saadaan karsittua tutkimustehtävien kannalta kaikki epäolennainen tieto pois. Pelkistäminen voi tapahtua joko tiivistämällä tai pilkkomalla osiin saatua aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111.) Pelkistämisessä saadut ilmaisut on kirjattava mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa (Kyngäs & Juvakka 1999, 5). Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi tehtiin niin, että tekijät kävivät yhdessä läpi haastatteluiden aukikirjoitettua materiaalia ja samalla miettivät miten olisi paras tapa tuoda esiin tutkimustehtävien kannalta oleelliset asiat. Pelkistimme litteroitua tekstiä (taulukko 1) käsin kirjoittaen paperille. Lopputuloksena syntyi runsaasti pieniä leikelyjä muistilappuja, joissa olivat pelkistetyt ilmaukset haastatteluista. Halusimme tehdä sisällönanalyysin ilman tietokonetta, koska halusimme nähdä sisällönanalyysin kokonaisuuden konkreettisemmassa muodossa.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
”...värithän täällä ei varmasti toimi eikä palvele.”	Värit huonot
” ...niin tottakai se on on niinkun kaikilla on mukavaa jos on kodikkaat, miellyttävät ja toimivat tilat.”	Kodikkaat, miellyttävät ja toimivat tilat

Aineiston ryhmittelyssä on tarkoitus käydä läpi aineiston pelkistetyt ilmaukset huolellisesti ja tarkasti. Ryhmittelyn ideana on etsiä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista ja muodostaa yhdistävä kategoria samankaltaisille ilmauksille. Eli samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään omiksi luokiksi ja annetaan näille muodostuneille luokille sisältöä kuvaava nimike. Ryhmittelyssä haastatteluaineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät haastatteluista sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 112-113.) Tämän opinnäytetyön haastatteluaineiston pelkistetyt ilmaukset tekijät ryhmittelivät yhdessä. Ryhmittelyn aloittaminen oli haastavaa, koska meillä oli pelkistettyjä ilmauksia paljon.

Pelkistetyt ilmaukset olimme kirjoittaneet paperilapuille, joista etsimme yhtäläisyyksiä ja muodostimme niistä samankaltaisia ryhmiä sisällöltään. Ryhmittely sujui yllättävänkin sujuvasti, sillä haastatteluaineiston fyysinen muoto ja muokattavuus helpottivat kokonaiskuvan hahmottamista sekä ryhmittelyä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaisu	Ryhmittely
Värit huonot	Värien käyttö neurologisten lasten hoitoympäristössä
Värimaailma lapsenomaiseksi	
Kodikkaat, miellyttävät ja toimivat tilat	Kodinomainen hoitoympäristö?
Kodinomaisemmat sängyt	

Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston käsitteellistäminen. Käsitteellistamisprosessi katsotaan alkavan jo ryhmittelyvaiheessa. Käsitteellistämisessä erotetaan ja valikoidaan olennainen tieto, jonka jälkeen valikoidun tiedon perusteella muodostetaan kokoavia teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Eli ajatuksena on yhdistää samanlaisia ryhmittelyssä syntyneitä kategorioita yhteen muodostaen tutkimuksen kannalta olennaisia teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 113-115.) Käsitteellistämistä jatketaan kategorioita yhdistelemällä niin kauan kuin se on tutkimuksen sisällön kannalta mahdollista (Kyngäs & Juvakka 1999, 7). Aineiston ryhmittelyn jälkeen muodostimme kokoavia käsitteitä (taulukko 3), kunnes saimme käsitteellistettyä haastatteluaineiston opinnäytetyön kannalta miellyttävään lopputulokseen asti. Lopuksi kokosimme opinnäytetyön sisällönanalyysin julistemuotoon (liite 5).

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

Ryhmittely	Kokoava käsite
Värien käyttö neurologisten lasten ympäristössä	Neurologisesti sairaiden lasten fyysinen hoitoympäristö
Kodinomainen hoitoympäristö?	

4.4 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön tekeminen alkoi elokuussa 2011 aihevalintaseminaarista, jossa valitsimme meitä molempia kiinnostavan aiheen. Syyskuussa 2011 pidettiin ideaseminaari, jossa esittelimme lyhykäisyydessään pyrkimyksemme opinnäytetyön suhteen. Lokakuussa 2011 pidettiin opinnäytetyön työelämäpalaveri, johon osallistuivat kolme työelämäneustajaa, opinnäytetyömme ohjaaja sekä meidän lisäksi kaksi muuta opiskelijaa. Samaisessa palaverissa sovimme alustavasti opinnäytetyön rajauksesta ja muista käytännön asioista, kuten yhteydenpidosta työelämään. Tammikuussa 2012 esittelimme suunnitelmaseminaarissa suunnitelman opinnäytetyön yleisestä rakenteesta ja sen toteuttamisesta.

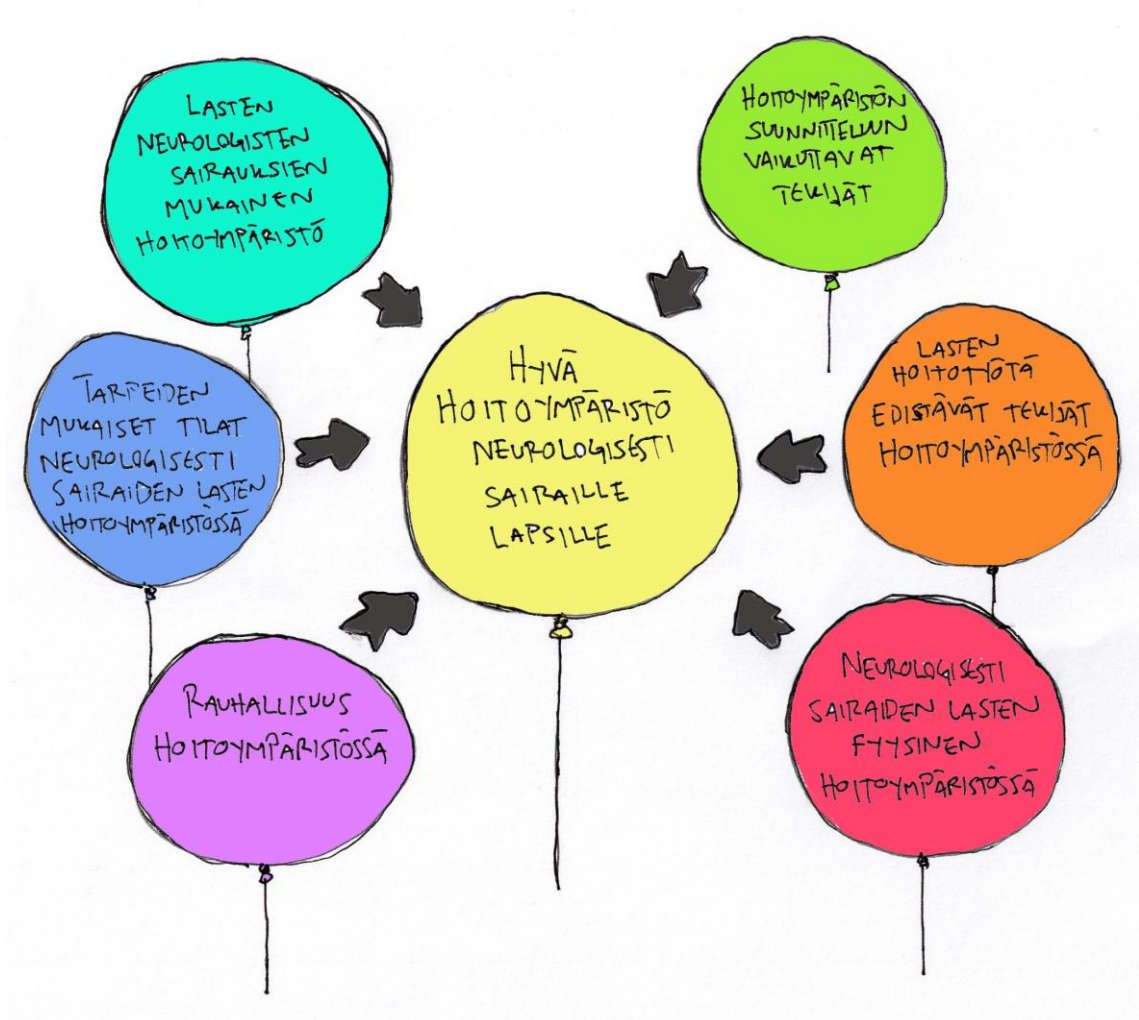
Esittelimme opinnäytetyön keskeiset teemat maaliskuussa 2012 yhteistyökumppanin tiloissa, jossa myös pyrimme motivoimaan työntekijöitä osallistumaan tuleviin haastatteluihin. Tämän jälkeen haimme opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa. Tutkimusluvan saimme huhtikuussa 2012, jonka jälkeen aloitimme aineiston keruun haastattelemalla tutkimuskohteemme työntekijöitä. Haastattelut saimme valmiiksi toukokuun alkuun mennessä. Saman kuun aikana esitimme opinnäytetyön sen hetkisen vaiheen käsikirjoitusseminaarissa. Aineisto litteroitiin ja analysoitiin pääosin kesällä 2012, mutta viimeistelimme analyysia vielä elokuussa.

Opinnäytetyömme teoriaosuutta esittelimme syyskuussa 2012 substanssiesityksessä. Opinnäytetyön valmistuttua syksyllä 2012, tulemme esittämään opinnäytetyömme TAMK – tutkii ja kehittää –päivässä, tutkimuskohteessa sekä opinnäytetyöseminaarissa.

Opinnäytetyön aiheuttamista kustannuksista vastasimme itse. Kustannukset koostuivat tulostusmateriaaleista, matkustuskuluista ja sisällönanalyysin askartelumateriaaleista sekä valmiin työn kansituksista.

5 TULOKSET

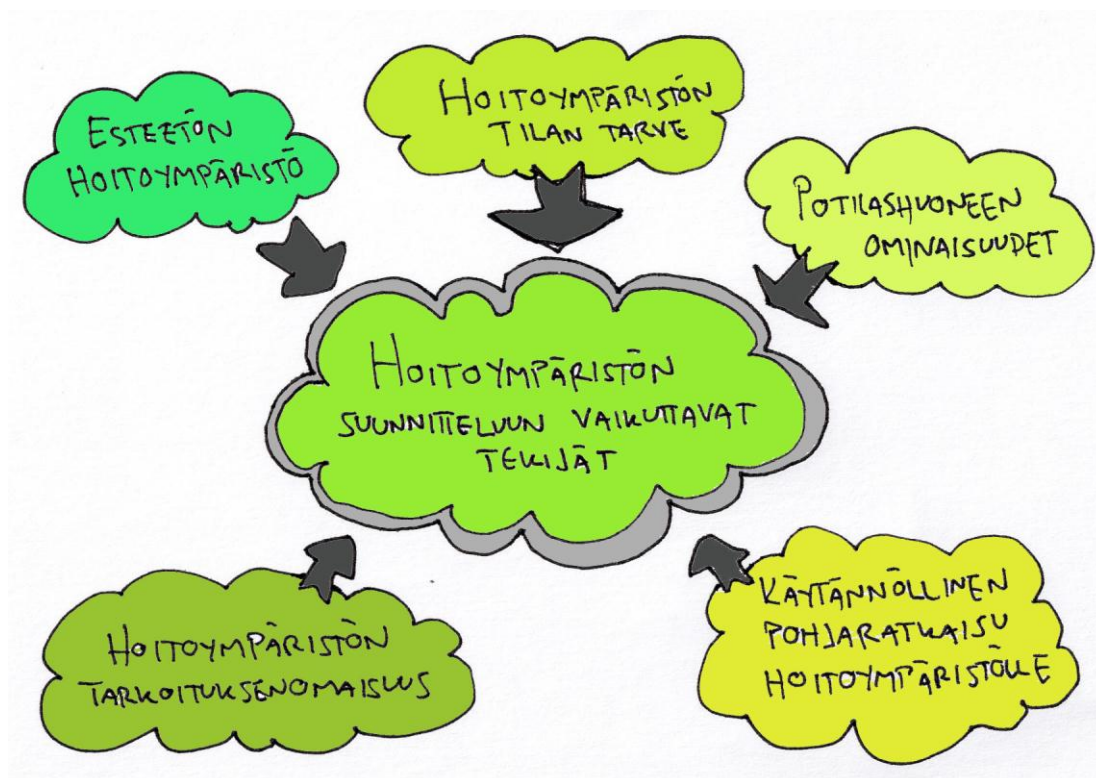
Tutkimustulosten luotettavuuden lisäämiseksi olemme ottaneet työhömmе mukaan myös haastateltavien suoria lainauksia. Liitteessä 5 esittelemme haastatteluista tehdyn sisällönanalyysin. Kuviossa 2 esitellään tämän opinnäytetyön kokoavat käsitteet, joista muodostuu tämän opinnäytetyön pääteema, ”hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaille lapsille”.



KUVIO 2. Hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaille lapsille.

5.1 Hoitoympäristön suunnitteluun vaikuttavat tekijät

Kuviossa 3 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”hoitoympäristön suunnitteluun vaikuttavat tekijät”.



KUVIO 3. Hoitoympäristön suunnitteluun vaikuttavat tekijät.

Monet haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitoympäristön pohjaratkaisun suunnittelu ja toteuttaminen pitäisi tehdä käyttäjälähtöisesti. Yksi haastateltava oli vahvasti sitä mieltä, että yöaikainen potilaiden seuranta on usein hankalaa, koska potilaat ovat omissa suljetuissa huoneissaan ympäri hoitoympäristöä. Helpottava ratkaisu tähän olisi, että työntekijöiden työpiste sijaitsisi keskellä hoitoyksikköä. Neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö tulisi olla suunniteltu pyörätuolien käyttäjiä varten, jotta liikkuminen onnistuisi mahdollisimman helposti. Monen haastateltavan mielestä huoneiden käyttötarkoitus kuuluisi miettiä jo pohjaratkaisua suunniteltaessa. Esimerkiksi lasten päiväunia varten olisi täysin oma huone. Muina tarpeellisina ja erillisinä tiloina olisivat haastateltavien mielestä lasten ruokailutila ja tulevien potilaiden odotushuone, sillä tällä hetkellä leikkihuone vastaa sekä odotushuonetta että lasten ruokailutilaa.

"Tulevaa ympäristöä suunniteltaessa olisi oikein hyvä, jos ympäristön arviointia tehtäisiin käyttäjälähtöisesti."

"...olisi hirveän kiva jos leikkihuone toimisi vain leikkihuoneena."

Laajan käyttäjäkunnan vuoksi sairaalaympäristö voi olla hankala arjen toiminnan kannalta, sillä hoitoympäristö ei muistuta potilaan omaa kotiympäristöä. Haastatteluissa

tuli hyvin ilmi, että tämänhetkiset tilat eivät ole välttämättä suunniteltu tarkoituksen mukaisesti neurologisesti sairaita lapsia varten. Jotkut terveydenhuollon työntekijät toivoivat, että hoitotyön tiloissa otettaisiin enemmän huomioon lapsipotilaiden arki. Esimerkiksi potilashuoneiden kalusteet voisivat palvella paremmin nykyistä käyttäjäkuntaa. Haastatteluissa nousi esille myös ajatus siitä, että neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö mukailisi enemmän päiväkodin kaltaisia tiloja. Monen haastateltavan mielestä sairaalanomaiset tilat eivät välttämättä ole tarpeen neurologisesti sairaiden lasten kuntoutuksessa.

”Eihän nämä tilat ole meitä varten suunniteltu...”

Haastateltavien mielestä hoitoympäristön kuuluisi olla esteetön käyttäjäkunnalle ja siisti yleisilmeeltään. Esimerkiksi pyörätuolipotilailla on nykyisissä tiloissa aivan liian ahdasta liikkua. Tämä tulee esimerkiksi ilmi liikuteltaessa pyörätuolipotilasta hoitoympäristössä tai jopa potilaan arjen toiminnassa. Yleisestikin haastateltavat toivoivat, että fyysinen hoitoympäristö olisi yleisilmeeltään esteetön. Toisena asiana ilmeni käytävän ja yleisestikin hoitoympäristön siisteys, joka jo itsessään parantaisi tilojen esteettömyyttä.

”No ainakin kynnykset pois pyörätuolien takia.”

”Ovista ei oikein mahdu liikkumaan kaikkien apuvälineiden kanssa.”

Jokainen opinnäytetyöhön osallistunut haastateltava terveydenhuollon työntekijä kertoi, että nykyisessä hoitoympäristössä on tilanpuutetta monella eri osa-alueella. Tilanpuutetta mainittiin olevan potilashuoneissa, apuvälineiden säilytyksessä tai yleisesti säilytystiloissa. Tutkimuskohteessa tilanpuute tulee helposti esille, koska apuvälineet vievät runsaasti tilaa. Yksimielisesti oltiin sitä mieltä, että neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö vaatii isot ja väljät tilat. Esimerkiksi ihanteellisissa olosuhteissa jokaisella lapsipotilaalla olisi oma huone.

”Pienet tilat nämä kyllä ovat.”

”Nämä ovat kauhean ahtaat tilat. Käytävästäkin on tullu nykyisin apuvälineiden säilytystila...”

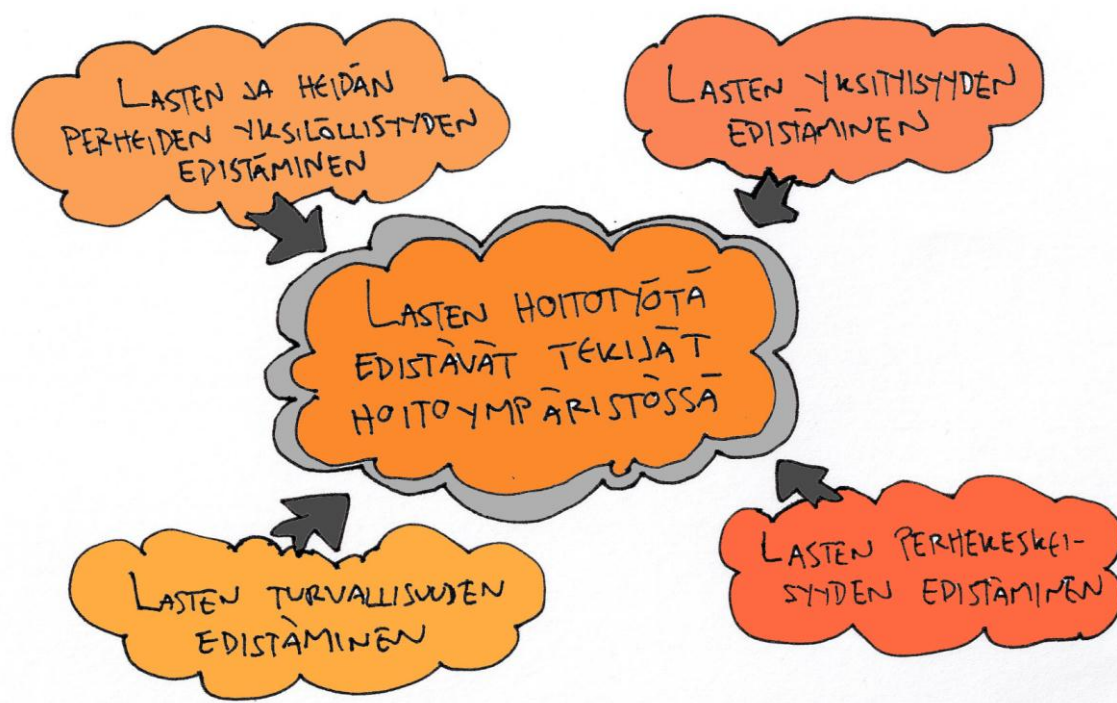
Potilashuoneita voidaan potilaiden, omaisten ja hoitotyön kannalta edistää toimivammaksi kokonaisuudeksi. Lähtökohtana olisi käyttäjien mielipiteiden tiedustelu siitä mikä toimisi parhaiten potilashuoneissa. Jokaisen haastateltavan kohdalla tuli ilmi omia yksittäisiä parannusehdotuksia potilashuoneen ympäristöön. Huoneisiin voitaisiin esimerkiksi lisätä sohvia ja säkkituoleja, joita käyttäisivät potilaiden lisäksi myös omaiset. Lisäksi potilashuoneissa voisi olla pyörätuolipotilaille tarkoitetut pöydät ja tasot, joita voisi tarvittaessa myös säätää ja hoitopöytien pitäisi olla helposti liikuteltavia sekä tarpeen mukaan suurempia. Eräs haastateltava mainitsi, että potilashuoneissa olisi hyvä olla kohdevalaistus hoitotyötä varten. Potilashuoneiden lämpötila tulisi olla tasainen potilaiden mukavuuden kannalta, riippumatta siitä mikä vuodenaika on meneillään. Kuitenkin suurin keskustelua herättävä aihe haastatteluissa oli sairaalasänkyjen tarve neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristössä. Koska neurologisesti sairaat lapsipotilaat saavat tutkimuskohteessa enemmänkin kuntouttavaa hoitotyötä, haastateltavien mielestä sairaalasänkyjen tarve on varsin vähäinen. Täten sairaalasänkyjen tilalle ajateltiinkin enemmän normaaleja ja kodinomaisia sänkyjä. Kaiken kaikkiaan potilashuone voisi olla enemmän kotia muistuttava ympäristö.

”Potilashuoneisiin voitaisiin kyllä sijoittaa sohvia tai säkkituoleja”

”En tiedä tarvitaanko meillä täällä klinisiä sairaalasänkyjä. Omasta mielestäni normaalit lasten sängyt olisi paljon kivempia kun eihän me täällä edes oikein liikutella lapsia mihinkään.”

5.2 Lasten hoitotyötä edistävät tekijät hoitoympäristössä

Kuviossa 4 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”lasten hoitotyötä edistävät tekijät hoitoympäristössä”.



KUVIO 4. Lasten hoitotyötä edistävät tekijät hoitoympäristössä.

Yksityisyyttä voidaan edistää hoitohenkilökunnan osaamisella, mutta voidaan myös edesauttaa fyysisin hoitoympäristöllisin ratkaisuin. Haastateltavat ehdottivat muun muassa, että lapsilla olisi omia henkilökohtaisia tiloja, joissa heillä olisi oma rauha tai ainakin monen hengen huoneissa tilaa jakavia sermejä, jotka lisäisivät yksityisyyden tunnetta. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että nykyisissä hoitoympäristön tiloissa tietosuoja voi kärsiä.

”Koen ainakin itse, että nykyisissä tiloissa välillä potilaiden yksityisyys voi kärsiä.”

Haastatteluissa ilmeni, että nykyinen hoitoympäristö ei välttämättä palvele lasten tai heidän perheiden yksilöllisyyttä parhaalla tavalla, sillä tutkimuskohteessa välillä tulee sellaisia tilanteita, joissa on hankala toteuttaa lasten intymiteettisuojaa tai yleisesti yksilöllistä hoitotyötä. Haastateltavien parannusehdotuksia yksilölliseen hoitoympäristöön olisivat esimerkiksi, että huonejärjestelyissä otettaisiin huomioon lasten iät siten, että samanikäiset olisi samassa huoneessa. Toimivin ratkaisu kuitenkin olisi sellainen, että lapsilla ja heidän perheillä olisivat omat henkilökohtaiset huoneet, joissa potilaiden yksilöllisyys voitaisiin huomioida parhaiten. Tutkimuskohteen henkilökunta koki, että yksilökohtainen hoitotyö on tällä hetkellä haasteellista ja tarvitsee enemmän työtä hoitoympäristön vuoksi.

”Täällä ympäristö ei ole välttämättä ole ideaalinen yksilöllisyyden kannalta.”

”Huonejärjestelyissä pitäisi ottaa lasten iät huomioon...”

Tutkimuskohteelle on hyvin tyypillistä, että sen työntekijöillä on yleensä pitkät hoitosuhteet lasten perheisiin. Haastateltavat kertoivat, että ympäristö voisi korostaa enemmän lasten perheiden viihtyvyyttä hoitoympäristön tiloissa, esimerkiksi perheellä olisi hyvä olla mahdollisuus omiin tiloihin, joissa he voisivat viettää aikaa perheenä. Vanhemmat ovat omien lastensa tukena mahdollisimman paljon ja täten viettävät paljon aikaa hoitoympäristössä.

”Vanhemmat viettävät runsaasti aikaa osastolla, olisi hyvä, että heille löytyisi sitten ne omat sängytkin tarvittaessa.”

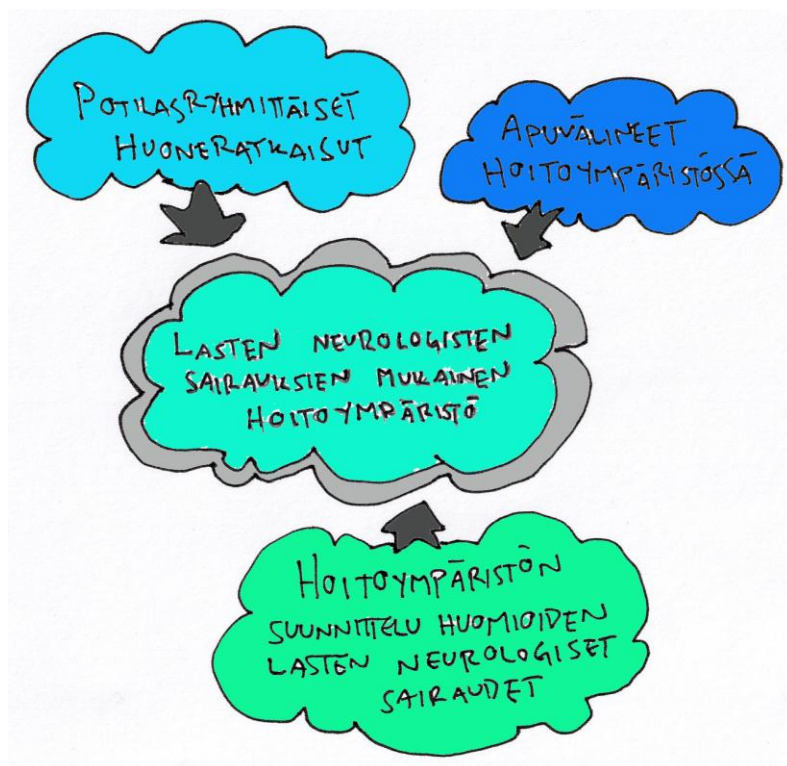
Haastateltavat kokivat tilan puutteen olevan yksi suurimmista tekijöistä tällä hetkellä, joka vähentää potilaiden turvallisuutta. Pienin fyysisin ratkaisuin hoitoympäristöön saadaan luotua lisää turvallisuutta lapselle. Esimerkkinä haastatteluissa ilmeni, että kaikkien pöytien kulmat pitäisi olla suunniteltu pyöreiksi ja niiden pitäisi olla jatkuvasti hyvin nähtävissä, jotta vältetään mahdollisilta riskitekijöiltä. Myös hoitoympäristön kalusteiden sijoittelussa pitää ajatella lasten turvallisuutta, jotta kalusteet itsessään eivät aiheuttaisi lapsille vaarallisia tilanteita. Lisäksi vielä lasten hoitopöydissä pitää olla laidat tapaturmien estämiseksi. On kuitenkin niin, että hoitohenkilökunta luo toiminnallaan suurimman osan lapsen turvallisuuden tunteesta. Turvallinen ympäristö voi lisätä lapsen fyysistä turvallisuutta, mutta tärkeintä kuitenkin on, että lapsi myös kokee oman olonsa turvalliseksi.

”Sellainen periaate on, että yksi hoitaja, yksi lapsi, jolloin lapsi ei jäisi milloinkaan yksin.”

”Lapsen psyykkisen turvallisuuden rakentaminen on ehdottoman tärkeää, ehkä jopa enemmän kuin fyysisen turvallisuuden.”

5.3 Lasten neurologisten sairauksien mukainen hoitoympäristö

Kuviossa 5 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”lasten neurologisten sairauksien mukainen hoitoympäristö”.



KUVIO 5. Lasten neurologisten sairauksien mukainen hoitoympäristö.

Kun haastatteluissa keskusteltiin lasten neurologisten sairauksien vaatimista tarpeista, esille nousi selkeyden tarve hoitoympäristössä. Selkeät hoitoympäristön yleispiirteet helpottavat esimerkiksi ympäristön hahmottamista näkövammaisilla. Ympäristön selkeyttä korostettiin myös autististen lasten kohdalla, sillä heille pelkistetty ympäristö on useimmiten vain eduksi keskittymisen kannalta. Tämän lisäksi olisi hyvä välttää sekavaa ympäristöä autististen lasten hoitotyössä, koska he ovat herkempiä ympäristön luomille ärsykeille. Monen haastateltavan mielestä hyvä hoitoympäristö näkövammaisille saadaan aikaiseksi luomalla selkeä väritys, valaistus ja kontrastisuus. Yhden haastateltavan mukaan näkövammaiset hahmottavat paremmin kulkureitit, jos ovet ja seinät eivät olisi samanvärisiä. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että strukturoidut päiväohjelmat voisivat auttaa ainakin muisti- ja ymmärrysongelmaisia potilaita hahmottamaan päivänkulkua. Muita yksittäisiä hoitoympäristössä huomioitavia ehdotuksia olivat, että esimerkiksi liikuntarajoitteisille lapsipotilaille työtasot olisivat

mielellään säädettäviä ja että syömishäiriöisillä potilailla olisi oma keittiö, jossa he voisivat harjoitella syömistä omassa rauhassa.

”...autistisia lapsia hoidettaessa taas, niinku joskus voi nuo liialliset säälät viedä huomiota liikaa muualle. Eli ei näin sekavaa järjestelyä tai muuta.”

”Näkövammaiset lapset tarvitsis enemmän heille suunniteltuja tiloja, kuin nää nykyset tilat...”

”...ainaki muisti- tai ymmärrysongelmaisille potilaille vois harkita seinille laitettavaa päiväohjelmaa, joka aina näyttäisi koko päivän suunnitellun ohjelman.”

Potilasryhmittäisiä huoneratkaisuja pidettiin yleisesti tärkeänä, sillä se ilmeni useassa haastattelussa. Huonejärjestelyt on mietittävä mahdollisimman toimiviksi hoitotyön kannalta. Terveystenhuollon työntekijät toivoivat, että hoitoympäristössä voitaisiin jaotella potilaat sairauden kuvan tai potilasryhmien mukaan. Tällöin voidaan huomioida potilasta tarpeiden mukaan. Päätavoitteena olisi potilasjärjestelyiden toimivuus, jotta hoitotyö saataisiin tehtyä mahdollisimman selkeästi ja kohdennetusti. Tätä myös helpottaisi potilashuoneiden muokattavuus ja monipuolisuus, jota voisi helposti soveltaa tietyille potilasryhmille sopiviksi. Potilashuonejärjestelystä haastateltavat esimerkiksi toivoivat, että niin sanotuille päiväkäyntiläisille olisi oma kohdennettu huone, joka selkeyttäisi hoitoympäristön toimintaa ja potilaiden jaottelua.

”Kyllähä sitä täytyy tarkasti miettiä mitenkä potilashuoneet järjestetään mahdollisimman toimivaks, että hoitotyö olis myös meille selkeämpää – esimerkiksi liikuntarajoitteisille voisi olla täysin oma huone!”

”Huoneet voisi olla hyvin erilaisia ja muokattavia, jotta niitä vois helposti sovittaa eri potilaille.”

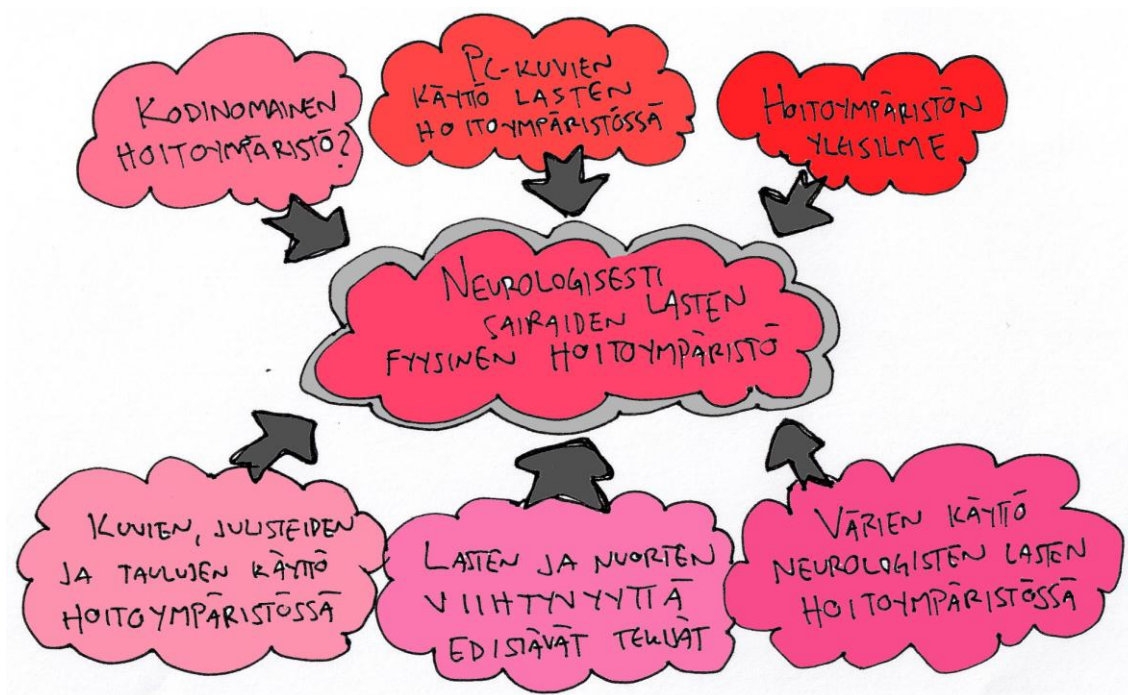
Lähes kaikki haastateltavat kertoivat, että apuvälineet voivat viedä liikaa tilaa ja voivat olla helposti esteenä hoitoympäristössä, jos niitä ei säilytetä oikein tai jätetään käytön jälkeen lojumaan hoitoympäristöön. Hoitoympäristön tiloista kuuluisi löytyä oma säilytystila apuvälineille, jolloin ne olisivat selvästi samassa paikassa aina saatavilla ja lähellä. Haastateltavien mielestä tämä säilytystila ei saisi sijaita liian

epäkäytännöllisessä paikassa, esimerkiksi kaksi kerrosta alempana toisissa tiloissa, jolloin pelkästään apuvälineiden hakeminen vaatii ponnistelua. Isot apuvälineet tarvitsisivat väljän varastotilan. Haastateltavat olivat myös vahvasti sitä mieltä, että hoitotyö vaatii kunnolliset ja toimivat työvälineet, joiden kanssa voidaan työskennellä monen vuoden ajan.

”Meidän osaston apuvälineet ovat isoja, jotka vie paljon tilaa ja ovat aika usein tiellä tuolla käytävällä”

5.4 Neurologisesti sairaiden lasten fyysinen hoitoympäristö

Kuviossa 6 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”neurologisesti sairaiden lasten fyysinen hoitoympäristö”.



KUVIO 6. Neurologisesti sairaiden lasten fyysinen hoitoympäristö.

Suurin osa haastateltavista toivoi hoitoympäristön yleisilmeestä mahdollisimman selkeää, miellyttävää ja esteettisesti kauniin. Tällöin terveydenhuollon työntekijöillä olisi mukavampaa työskennellä hoitotyön tiloissa ja hoitoympäristö toimisi kokonaisuutena paremmin neurologisesti sairaille lapsille. Potilailla ympäristön selkeys

ja samankaltaisuus vähentäisi mahdollisia häiriötekijöitä. Eräs haastateltava toivoi, että hoitoympäristö olisi yleisesti lapsenomaisempi ja enemmän vuorovaikutteinen, esimerkiksi teemaviikkojen avulla. Mutta toisaalta toinen haastateltava kertoi, että ympäristössä ei saisi olla kuitenkaan ylimääräistä tavaraa, vaan ympäristön pitäisi olla mahdollisimman pelkistetty.

”Kaikki ylimääräinen tilpehööri voi häiritä lapsia.”

”Jos olisi mahdollisimman selkeä ja esteetön ympäristö ja sitten pohdittaisiin yksityiskohtia niiden pohjalta.”

Haastateltavilta tuli yksittäisiä ehdotuksia, miten lapsipotilaiden viihtyvyyttä voitaisiin edistää hoitoympäristössä. Yleisesti hyvällä suunnittelulla voitaisiin kohottaa hoitoympäristön viihtyvyyttä, kuten erinäisillä kalustusratkaisuilla. Ulkoilumahdollisuus voi luoda lapsille ja perheille lisää viihtyvyyttä. Ihanteellisessa hoitoympäristössä olisi haastateltavien mielestä oma ulkopiha, jossa lapset voisivat leikkiä ja viettää aikaa perheen kanssa. Pieneen ulkoiluun soveltuisi myös parveke, jossa lapsipotilas voisi käydä virkistymässä. Nuorille potilaille olisi hyvä olla mahdollisuus pelikonsolien ja kannettavien tietokoneiden käyttöön sekä elokuvien katseluun, sillä useimmiten pelaaminen ja tv:n katselu ovat lasten mielitekemistä.

”Työntekijöiden viihtyvyys yleensä heijastuu suoraan perheisiin ja potilaisiin”

”Hyvällä tilojen suunnittelulla saadaan lisää viihtyvyyttä...”

Lähes kaikki haastateltavista olivat sitä mieltä, että kodinomaisuutta pitäisi edistää huomattavasti enemmän neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä. Heidän mielestä laitospotilaisuus tai sairaalamaisuus voi aiheuttaa potilaissa negatiivisia tunteita. Sen sijaan hoitoympäristöön voitaisiin luoda sellaiset tilat, jotka ovat kodikkaat ja miellyttävät potilaiden ja perheen silmille. Kodinomainen hoitoympäristö muistuttaisi sisustukseltaan enemmän kotia kuin sairaalaa. Kodikkuutta voidaan luoda kodinomaisilla sängyillä, sisustusratkaisuilla ja värien käytöllä. Erään haastateltavan mielestä etenkin pitkäaikaispotilaat tarvitsevat eniten kodinomaisia tiloja, ihan jo pelkästään viihtymisen vuoksi. Kodinomainen hoitoympäristö myös vähentää lasten mahdollisia pelon tunteita.

” Ja lapsen viihtyvyys ja sen oleminen tässä, niin tottakai se on niinkun kaikilla on mukavaa jos on kodikkaat, miellyttävät ja toimivat tilat.”

”Hoitoympäristöön joku tila, joka ei sitten olisi sisustukseltaan niin sairaalamainen.”

Haastateltavat kertoivat lähes yksimielisesti, että nykyisessä hoitoympäristössä värit eivät välttämättä palvele kohderyhmää. Hoitoympäristön värimaailmalla voi olla lapsiin suuri vaikutus. Haastateltavien mielestä neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristöön tarvitaan selkeät värit ja hyvä valaistus, jotka luovat kontrasteja. Kontrastien avulla esimerkiksi näköhäiriöiset lapsipotilaat voivat hahmottaa paremmin hoitoympäristöä. Eräs haastateltava kertoi, että hoitoympäristön värimaailma ei saa missään nimessä olla räikeä, sillä se voi häiritä joitakin neurologisesti sairaita lapsia. Muutama haastateltava mainitsikin, että neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö vaatisi harmonisia, selkeitä ja rauhoittavia värejä. Värien käyttöä voidaan soveltaa esimerkiksi siten, että kalusteissa olisi selkeät kontrastit, jolloin ne erottuisivat paremmin näköhäiriöisille lapsille. Yhden haastateltavan mielestä näköhäiriöisten lasten on myös hankala syödä valkoisilta lautasilta, joten olisi hyvä, että ne olisivat väreiltään erilaiset. Värimaailman pitäisi olla vaalean sävyinen, mutta myös lapsenomainen sisältäen tarpeeksi kontrasteja ympäristön hahmottamisen vuoksi. Hoitoympäristön lapsenomaisella värimaailmalla voidaan lisätä lapsipotilaan viihtyvyyttä hoitoympäristössä.

”Värimaailman pitää sisältää selkeyttä ja kontrasteja...”

”Sellaiset värit, joista erottuisi hyvin osaston ovet ja kulkuväylät...”

Haastatteluissa tuli vielä erikseen ilmi, että kuvat ja julisteet voivat lisätä lapsipotilaiden henkistä hyvinvointia. Erään haastateltavan mielestä hoitoympäristö tarvitsisi enemmän maalauksia, kuvia ja julisteita kuin mitä on tällä hetkellä nykyisissä tiloissa. Nämä edistäisivät sekä potilaiden että terveydenhuollon työntekijöiden viihtyvyyttä. Esimerkiksi lapsia varten olevat taulut, julisteet ja kuvat voisivat sijaita heidän korkeudellaan, jolloin pieninkin lapsi näkisi ne.

”Taulut ja maalaukset voisivat oikein hyvin sijaita juuri lasten korkeudella.”

PC-kuvien (Picture communication) eli kuvien kautta kommunikoinnin avulla voidaan opastaa tai ohjata neurologisesti sairaita lapsia tarvittaessa. Haastateltavat terveydenhuollon työntekijät kertoivat, että kuvat voivat olla hyvin konkreettisia apukeinoja lapsen ymmärrykselle. PC-kuvat voivat helpottaa päivänkulun seuraamista ja arkisten toimien toteuttamista, kuten vaatteiden pukemista tai WC:ssä toimimista. PC-kuvien käyttö on helppoa ja niitä on helppo sijoittaa hoitoympäristöön. Esimerkiksi kehitysviiveiset lapset hyötyvät PC-kuvista. Hoitoympäristön kuvituksen pitää olla tarkoituksenomaista, potilaskohtaista ja strukturoitua. Kuvat itsessään eivät haittaa ketään, mutta liiallinen kuvituskin voi aiheuttaa lapsessa hämmennystä. Kaikkea toimintaa ei välttämättä tarvitse välittömästi ohjata kuvitusten avulla, sillä olisi hyvä aluksi antaa lapsen kokeilla toimintaa itsenäisesti.

”Kehitysviiveisille lapsille voi olla myös hyötyä kuvista seinillä.”

”Perus struktuurikuvitus sopivassa määrin ei haittaa ketään, mutta liika on liikaa.”

5.5 Rauhallisuus hoitoympäristössä

Kuviossa 7 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”rauhallisuus hoitoympäristössä”.



KUVIO 7. Rauhallisuus hoitoympäristössä.

Monen haastateltavan terveydenhuollon työntekijän mielestä hoitoympäristössä ei aina pystytä saavuttamaan rauhallisuutta. Yleisesti haastateltavat pitivät sitä suurena ongelmana, jos lapsipotilaille ei löydy hoitoympäristöstä rauhallisia tiloja, jossa he voisivat viettää aikaa yksinään. Hoitoympäristössä kuuluisi olla sellainen fyysinen tila, jossa potilailla olisi mahdollisuus omaan tilaan ja rauhaan. Tässä tilassa pystyttäisiin myös keskustelemaan rauhassa potilaan hoitotyöhön liittyvistä asioista rikkomatta potilaan yksityisyyttä. Eräs haastateltava painotti suuresti sitä, että tutkimuskohteen työntekijöiden on tällä hetkellä tehtävä paljon töitä rauhallisuuden saavuttamiseksi.

”Pitäisin sitä oikein hyvänä, jos potilaalle löytyisi mahdollisuus omaan tilaan ja rauhaan.”

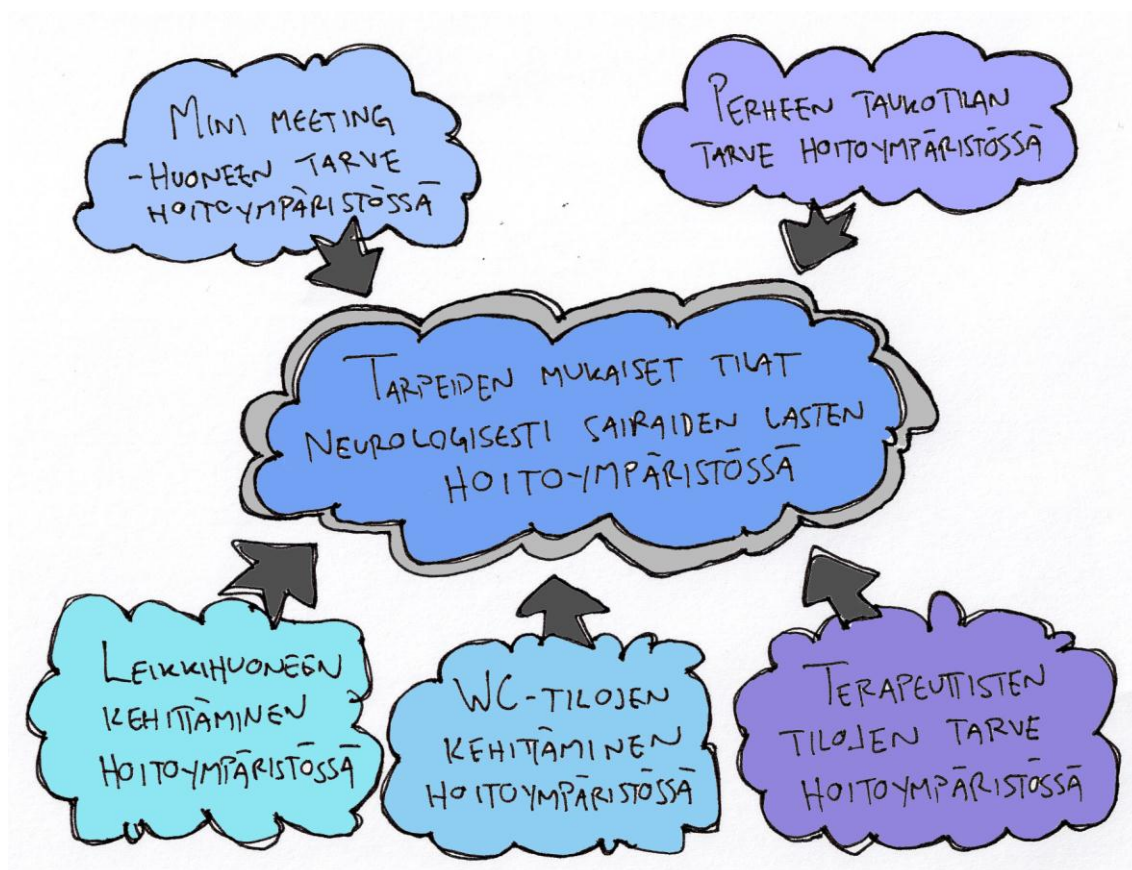
Yhtenä suurena ongelmakohtana haastateltavat pitivät nykyisessä hoitoympäristössä huonoa äänieristystä. Esimerkiksi haastateltavat kertoivat, että puhe voi kuulua potilashuoneista käytäville ja joskus myös naapurihuoneisiin. Lastenhoitoympäristöön olennaisena osana kuuluukin lasten leikkien ja puheen tuottama suuri häly, mutta juuri tämän takia hoitoympäristön äänieristykseen ja akustiikkaan pitäisikin panostaa suuresti. Tämän hetkistä hoitoympäristön äänimaailmaa kuvattiin hälyiseksi ja ehkä jopa ajoittain sekavaksikin. Haastateltavat toivoivat parannuksia potilashuoneiden äänieristykseen ja akustiikkaan, jotta huoneen sisäinen toiminta tai puhe eivät häiritsisi tai kuuluisi muualle. Osalle tutkimuskohteen lapsista hoitoympäristön liiallinen tai meluisa äänimaailma voi olla huono asia. Esimerkiksi autistiset lapset voivat olla hyvinkin ympäristöherkkiä, jolloin pienikin kolahdus voi viedä lapsen huomion muualle. Haastateltavat mainitsivat myös, että WC-tilojen äänieristystä pitäisi parantaa. Ennen kaikkea lasten neurologisessa hoitoympäristössä olisi tavoitteena rauhallinen äänimaailma, jotta jokainen lapsi voisi olla rauhassa ja keskittyä omiin toimiin, ilman ylimääräistä äänen aiheuttamaa häiriötä.

”Tosi usein käy sillein, että äänet kuuluu käytävän päästä päähän.”

”Rauhallinen äänimaailma olisi tosi tärkeä meidän osaston lapsille...”

5.6 Tarpeiden mukaiset tilat neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä

Kuviossa 8 esitellään pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita ryhmittelyjä, jotka muodostavat kokoavan käsitteen ”tarpeiden mukaiset tilat neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä”.



KUVIO 8. Tarpeiden mukaiset tilat neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä.

Leikkihuone oli haastatteluiden yleisin keskustelunaihe etenkin, kun kyse oli hoitoympäristön tilojen parantamisesta. Yleisesti nykyistä leikkihuonetta pidetään sekaisena, ahtaana, rauhattomana ja välillä jopa kaoottisena, sillä tutkimuskohteen leikkihuone toimii tällä hetkellä odotushuoneena, lasten ruokailutilana sekä leikkihuoneena. Haastateltavat toivoivatkin monesti, että leikkihuone olisi vain lasten leikkimistä varten. Leikkihuoneen lelut ovat huonosti järjestelty, värit ovat epäselkeät neurologisesti sairaille lapsille eikä siellä ole huomioita juuri lainkaan eri ikäryhmiä. Leikkihuoneessa tavaroilla pitäisi olla parempi järjestys, esimerkiksi lelujen sijoitteluun

pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Lelut voitaisiin sijoittaa siten, että pienille lapsille suunnatut lelut säilytettäisiin matalammalla kuin vanhempien lasten lelut. Leluja voitaisiin siis säilyttää hyllyissä ikäkausittain. Haastateltavien mielestä leikkihuone tarvitsisi selkeää visuaalisuutta sekä paljon väreä parantaakseen lapsen viihtyvyyttä. Leikkihuoneen toiminta pitäisi olla strukturoitua, esimerkiksi tiloja voitaisiin jaotella lapsen iän perusteella. Jaettu leikkihuone mahdollistaa ikätasoiset leikit paremmin. Yleisesti leikkihuoneen pitäisi olla avonaisempi ja tilavampi. Leikkihuoneen avonaisuus tarjoaa paremmat mahdollisuudet lasten ryhmätoiminnalle. Tällöin työntekijöiden on helpompaa seurata lasten toimintaa leikkihuoneessa.

”Leikkihuoneen lelut olis hyvä saada pois tieltä kun siellä liikutaan.”

”Leikkihuone voisi sallia lasten eri sairaudet paremmin.”

Haastateltavien mielestä tutkimuskohteessa olisi tarvetta lapsipotilaiden perheille suunnatulle taukotilalle. Perheiden taukotilassa voisi hetkeksi vetäytyä omaan rauhaan vaikkapa lehden lukemisen merkeissä. Siellä olisi perheille jääkaappi omia ruokia varten, kahvinkeittomahdollisuus sekä keittiö, jossa voitaisiin valmistaa ruokia. Tämä taukotila tarjoaisi myös perheille mahdollisuuden yhteiseen ruokailuhetkeen.

”Taukotilassa olisi vanhempien hyvä keittää kahvia. Se antaisi mahdollisuuden vetäytyä hetkeksi pois.”

Haastattelutilanteissa tuli hyvin ilmi, että tutkimuskohteen WC-tiloissa olisi paljon parannettavaa. Tutkimuskohteen nykyisiä WC-tiloja kuvattiin epäkäytännöllisiksi ja ahtaiksi. Tämän vuoksi tutkimuskohteen WC-tilat tarvitsisivat enemmän tilaa ja parempaa tavaroiden sijoittelua. Tällä hetkellä pyörätuolipotilailla on ongelmia päästä lavuaarin luokse ja yleensäkin WC-tiloissa liikkuminen on hankalaa. WC-tilat tulisikin suunnitella sellaisiksi, jossa yleisesti kaikki potilasryhmät voisivat asioida ongelmitta.

”Kun puhutaan design-for-allista, niin minkätäkä esimerkiksi kaikki vessat ei voisi olla sen tyyliä kuin inva-vessat.”

Yksi haastateltavista ehdotti, että hoitoympäristössä voisi olla niin sanottu terapeuttilinen tila, jossa voitaisiin simuloida normaaleja arjen tilanteita potilaan kanssa. Tässä tilassa

voisi olla pieni harjoituskeittiö, jossa lapsipotilaat voisivat harjoitella ruoan valmistusta. Terapeuttisessa tilassa lapsipotilas voisi viettää aikaa joko perheensä tai terveydenhuollon työntekijän kanssa. Jos potilaalla on ongelmia esimerkiksi syömisen kanssa, terapeuttisissa tiloissa olisi mahdollisuus rauhalliseen syömisen harjoitteluun. Tässä tilassa voitaisiin myös rauhassa keskustella hoitotyöhön liittyvistä asioista perheen tai lapsen kanssa. Terapeuttiset tilat tukisivat vahvasti moniammatillista yhteistyötä.

”Sellaiset terapeuttiset tilat. Mitä enemmän kotia muistuttavaa, sen parempi oikeastaan.”

”Juuri näissä tiloissa voitaisiin lapsen kanssa simuloida normaaleja tilanteita arjessa.”

Haastatteluissa tuli ilmi, että nykyään keskustelut perheen kanssa eivät välttämättä onnistu, koska tarpeellisia tiloja ei ole. Muutaman haastateltavan mielestä hoitoympäristö vaatisi sellaisen fyysisen tilan, jossa olisi mahdollista keskustella rauhassa potilaiden perheiden kanssa. Tällaisissa tiloissa voitaisiin keskustella muun muassa arjen asioista, lapsen hoitotyöstä ja muista niin sanotuista vaikeista aiheista. Eräs haastateltava kutsui tätä huonetta ’mini meeting’ –huoneeksi. Tämä huone voisi olla sisustukseltaan kutsuva ja kodinomainen, johon olisi helppo istua hetkeksi paikalleen.

”Sellainen mini meeting –huone, jossa ei esimerkiksi olisi tietokoneita, vaan kukkia ja vaikka sohvia. Sellainen tosi kutsuva sisustus heti ensinäkemältä.”

”...ei-sairaalamainen huone, tai siis tila, jossa vois jutella lapsen ydinasioista perheen kanssa.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen hoitoympäristö edistää neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen kuntoutumista lasten neurologisella osastolla hoitohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyön tuloksissa ilmenee kattavasti, millainen on hyvä neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristö. Haastatteluista saaduissa tuloksissa käsitellään hyvin erilaisia hoitoympäristöllisiä ominaisuuksia, jotka mahdollisesti edistävät neurologisesti sairaan lapsen hoitotyötä. Hoitoympäristön kokonaiskuvan hahmottamisessa olisi ollut hyötyä suuremmasta otannasta ymmärtääkseen syvemmin, mitä kaikkea neurologisesti sairas lapsi voi hoitoympäristössään tarvita tai mitä asioita pitäisi huomioida. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä vastasimme mielestämme tutkimustehtäviin riittävästi, ajoittain jopa hyvin kattavasti.

Opinnäytetyön keskeinen tulos osoittaa, että neurologisesti sairaiden lasten hyvä hoitoympäristö koostuu monesta eri osatekijästä. Paron-Wildes (2005) totesi omassa artikkelissaan, että nämä hoitoympäristöön vaikuttavat osatekijät on otettava huomioon jo suunnitteluvaiheessa (Paron-Wildes 2005, 1). Ihanteellisen hoitoympäristön luominen on vaikea haaste, sillä lapsille hyvin ja tarkoin suunnitellut hoitoympäristöt eivät välttämättä vastaa neurologisesti sairaan lasten tarpeita (Wardle 2008).

Tuloksissa tuli ilmi, että hoitoympäristön suunnittelu voi vaikuttaa neurologisesti sairaiden lasten kuntoutukseen. Ulrichin (1991, 1984) tekemissä tutkimuksissa kerrottiin, että huonot hoitoympäristön suunnittelutyöt voivat pahimmillaan toimia potilaiden hyvinvointia vastaan tai niillä voi olla negatiivisia vaikutuksia potilaiden kuntoutumiselle. Haastateltavien mukaan hoitoympäristön tulee olla tilava ympäristöltään, esteetön yleisilmeeltään, tarkoituksenmukaisesti suunniteltu, lisäksi pohjaratkaisultaan toimiva sekä myös potilashuoneiden yleisilmeeseen ja suunnitteluun pitäisi panostaa enemmän. Mansfield, Nathanson, Jayesinghe sekä Foyle (2011) tekemässä tutkimuksessa nousi esille, että hoitoympäristön pitää olla tilava eikä ahdas ja fyysisen ympäristön pitää tukea potilaan hyvinvointia huomioimalla myös potilaan psykologisia tarpeita (Mansfield ym. 2011, 11). Potilashuoneiden viihtyvyydellä ja

hyvällä sisustuksella Ulrich ja Zimring (2004) totesivat tutkimuksessaan olevan vaikutuksia potilaiden tyytyväisyyteen hoitajaksolla (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008, 24-25).

Haastateltavien mukaan lasten hoitotyön teesit olivat tärkeitä tekijöitä hyvässä neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristössä. Tulosten mukaan perhekeskeisyys, lasten yksityisyys sekä yksilöllisyys ja turvallisuuden edistäminen on otettava huomioon neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristössä. Lasten hoitotyön teesit Pelanderin (2008) väitöskirjan mukaan kuuluvat olennaisena osana hoitotyöhön. Näitä lasten hoitotyön teesejä pitää myös vaalia hoitoympäristössä, sillä hoitoympäristön katsotaan vaikuttavan suoranaisesti lasten hyvinvointiin. (Pelander 2008, 21, 26, 58-59, 80.)

Haastatteluissa ilmeni, että hoitoympäristöä suunniteltaessa pitää huomioida hoitoympäristölliset tarpeet eri neurologisten sairauksien tai kehityshäiriöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että hoitoympäristössä pitää ottaa huomioon potilasryhmien mukaiset huoneratkaisut ja mahdollistaa hoitoympäristössä mahdollisimman helppo apuvälineiden käyttäminen, niin työntekijöiden kuin potilaidenkin kannalta. Paron-Wildesin (2005) kirjoittaman artikkelin mukaan ilmeni, että hoitoympäristöä suunniteltaessa on otettava huomioon, miten neurologisesti sairaat lapset tuntevat tai aistivat ympärillä olevan ympäristönsä. (Paron-Wildes 2005, 1.) Kirjallisuuden perusteella emme löytäneet tähän opinnäytetyöhön mitään näyttöön perustuvaa tietoa siitä onko potilasryhmittäisellä huonesijoittelulla vaikutuksia potilaan hyvinvointiin tai terveyteen. Tapanisen ym. (2002) kirjoittaman teoksen mukaan apuvälineiden käyttö pitää olla hoitoympäristössä mahdollisimman helppoa sekä turvallista. Esimerkiksi hoitoympäristön tasoerot tai kynnykset eivät saisi olla haittana pyörätuolien käyttäjille. (Tapaninen ym. 2002, 109.)

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa haastateltavat antoivat paljon vastauksia neurologisesti sairaiden lasten fyysisen hoitoympäristön parantamisesta. Tärkeimpinä tutkimustuloksina pidettiin hoitoympäristön yleisilmettä, kodinomaisen hoitoympäristön luomista ja lapsen viihtyvyyttä edistäviä tekijöitä sekä värien ja kuvien käyttöä hoitoympäristössä. Bishopin (2008) kirjoittaman väitöskirjan mukaan hoitoympäristön esteettiset tekijät tarjoavat lapselle tervetullutta oloa ja mukavuuden tunnetta. Nämä tekijät auttavat lasta ylläpitämään positiivista mielialaa sekä pitävät hänet hyvin mukana hoitotyössä ja edistävät lapsen hyvinvoinnin tunnetta. (Bishop 2008, 263.) Samaisessa

väitöskirjassa todettiin myös, että lasten viihtyvyyttä sairaalassaolon aikana lisää hoitoympäristön kodinomaisuus. Lapset arvostivat myös suuresti mahdollisuutta harrastaa kodinomaisia virikkeitä, kuten tv:n katsomista, pelien tai videopellien pelaamista. Bishopin mukaan oikeanlainen, luova ja käytännöllinen värien käyttö vähentää sairaalanomaista ympäristöä. Samoin myös taidetta sisältävä ja värikäs hoitoympäristö viestii lapsille tervetullutta oloa ja henkistä tukea sairaalaympäristössä. (Bishop 2008, 241, 263.)

Haastateltavat pitivät myös tärkeänä hoitoympäristön yleistä rauhallisuutta. Lisäksi haastateltavat toivoivat, että hoitoympäristön äänimaailma olisi paremmin äänieristetty ja tällöin myös hillitympi äänitasoiltaan. Josephin ja Ulrichin (2007) tekemässä tutkimuksessa huomattiin, että potilaat olivat huomattavasti tyytyväisempiä saamaansa hoitoon, kun hoitoympäristössä oli hyvä äänieristys ja rauhallisempi äänimaailma. Tutkimuksessa todettiin myös rauhallisen ympäristön vaikuttavan positiivisesti potilasluottamuksellisuuteen ja potilaan yksityisyyteen. (Joseph & Ulrich 2007, 3, 7.) Lisäksi Pastorin (2011) tekemässä artikkelissa todettiin hoitoympäristön rauhallisuuden lisäävän lapsille turvallisuuden tunnetta (Pastor 2011, 29-30). Myös Paron-Wildesin (2005) artikkelissa ilmeni neurologisesti sairaiden lasten hyötyvän rauhallisuudesta, sillä hoitoympäristön erinäiset ärsykkeet vaikuttavat esimerkiksi lasten hahmottamiskykyyn. Ärsykkeet voivat joko viedä lasten huomion muualle tai jopa hämmentää heidän ajatuksiaan (Paron-Wildes 2005, 2).

Tulosten mukaan neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristö tarvitsisi lisää tarpeen mukaisia tiloja, kuten perheille oman taukotilan, potilaille terapeutin tilan sekä mini meeting –huoneen, mutta myös parannuksia tämänhetkiseen leikkihuoneeseen ja potilaiden WC-tiloihin. Tähän opinnäytetyöhön emme saaneet suoranaista näyttöön perustuvaa tietoa siitä, miten tarpeen mukaiset tilat parantaisivat lapsipotilaiden tai heidän perheiden hyvinvointia. Kuitenkin Pelanderin (2008) väitöskirjan mukaan perhekeskeisyys on olennainen osa lapsen hyvinvointia hoitotyössä, joten perheiden taukotila voi lisätä perheiden hyvinvointia ja tällöin oletamme positiivisen vaikutuksen heijastuvan myös lapseen itseensä. Tahan (2008) mukaan lasten leikkien ja aktiviteettien parantaminen lisää lasten tyytyväisyyttä ja hyvinvointia sairaalassaolon aikana. Sairaalassa on siis tärkeätä tarjota lapsille hyvät mahdollisuudet leikkeihin ja riittävästi aktiviteetteja eri-ikäisille lapsille. Sairaalan leikkihuoneet ovat lasten virkistysalueita, joissa lapset tuntevat olonsa turvalliseksi ja rentoutuneiksi. Lisäksi

leikkihuone voi olla eräänlainen pakopaikka lapselle hoitoympäristössä. (Taha 2008, 3-4.)

6.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana tutkija on avoimesti subjektiivinen tutkittavaa ilmiötä kohtaan. Tutkijan on myös myönnettävä, että hän itse on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tästä syystä luotettavuuden arviointi kestää koko tutkimusprosessin ajan. (Eskola & Suoranta 2000, 210.) Näin ollen laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa nousee nopeasti esiin tärkeät kysymykset totuudesta ja tutkijan objektiivisuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2006, 131). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin eli tutkimuksen uskottavuuden ja reliabiliteetin eli tutkimuksen toistettavuuden termein. Käsitteiden merkitykset ovat neuvotteluvälineisiä kysymyksiä, sillä validiteetti ja reliabiliteetti ovat sisällöltään usein hyvin vaihtelevia eikä niinkään perinteisiä ja tämä yleensä riippuu siitä, mikä tutkimustyyppi on kyseessä. (Eskola & Suoranta 2000, 210-211.) Esimerkiksi näitä käsitteitä on kritisoitu laadullisen tutkimuksen piirissä pääosin siksi, että ne ovat alunperin tarkoitettu määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei siis ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 133, 135.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että teemahaastattelun runkoa rakennettiin pitkän aikaa opinnäytetyön ohjaajan kanssa ennen itse haastattelutilanteita. Haastattelurungon lopullinen valmistuminen oli aikaavievä ja pitkä prosessi. Lopuksi teimme teemahaastattelun ympärille lisäkysymyksiä, joiden avulla varmistimme haastattelutilanteiden jouhevan kulun. Aineistonkeruun luotettavuutta voidaan tavoitella etukäteen siten, että tehdään hyvä haastattelurunko. On hyvä miettiä ennalta, mitä teemoja voidaan haastatteluissa syventää sekä pohtia varalta mahdollisten lisäkysymysten muotoja, sillä teemahaastattelujen tavoite ei ole ainoastaan pääteemojen esittämistä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184.)

Opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa pidettiin aiheen esittelytilaisuus yhteistyötahon luona, jonka yhteydessä haastateltavat valittiin sattumanvaraisesti. Samassa tilaisuudessa haastatteluihin osallistuville jaettiin tiedotteita, jotka kertoivat tarkemmin

opinnäytetyön aiheesta ja aikomuksista (liite 3). Haastateltavat osallistuivat haastatteluihin täysin vapaaehtoisesti. Luotettavuuden lisäämiseksi ennen haastattelutilanteita sisäistimme teemahaastattelun rungon ja mahdolliset lisäkysymykset. Tällä voidaan lisätä haastattelijoiden varmuutta ja uskoa omiin kykyihinsä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184). Pidimme huolen, että tekninen laitteisto toimii mahdollisimman hyvin, etteivät haastattelutilanteet keskeytyisi missään vaiheessa. Rauhallisen haastatteluilmapiirin takaamiseksi pyrimme suorittamaan haastattelut hiljaisissa ja rauhallisissa huoneissa. Pidimme haastattelutilanteista yllä haastattelupäiväkirjaa, johon kirjasimme ylös ne teemat, jotka tuottivat vaikeuksia tai jotka olivat erityisen toimivia. Haastattelupäiväkirjan pito parantaa opinnäytetyön laatua (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184). Haastattelutilanteet nauhoitettiin ja nauhotteista saatu materiaali litteroitiin yhdessä opinnäytetyön tekijöiden kesken mahdollisimman pian haastattelutilanteiden jälkeen. Haastatteluaineiston luotettavuus korostuu, kun litterointi noudattaa samoja kaavoja alussa sekä lopussa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185). Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että myös aineiston sisällönanalyysin suoritimme yhdessä.

Ennen haastattelutilanteiden aloittamista pyysimme haastateltavilta kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta (liite 4). Kun tutkimusaineistoa kerätään haastatteluin tai muina keinoina, tulee tutkittavia ihmisiä aina kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. Suostumuksen pyytäminen tutkimuksen osallistumiseen on osa tutkittavien ihmisten kunnioittavaa kohtelua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.)

Luotettavuuden takaamiseksi aineiston sisällönanalyysi on laitettu tämän opinnäytetyön liitteeksi (liite 5), jotta lukijan on helppo havainnoida ja arvioida opinnäytetyön luotettavuutta. Kun sisällönanalyysi on dokumentoidussa muodossa, lukija näkee sisällönanalyysin rungon ja kykenee arvioimaan, miten tekijä on sen tehnyt (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189). Lisäksi luotettavuuden lisäämiseksi käytimme opinnäytetyön tulososiossa haastateltavien suoria lainauksia heiltä, jotka siihen suostuivat. Suorien lainauksien avulla tulososion luotettavuutta voidaan arvioida ja vertailla tutkijoiden tuottamaan päätelmään (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136).

Haastatteluihin osallistui seitsemän terveydenhuollon työntekijää, joka oli vain pieni osa tutkimuskohteen henkilökunnasta. Pohdittaessa aineiston riittävyttä ja kattavuutta, on hankala arvioida ennakoon, mikä aineiston kannalta olisi oikea haastateltavien määrä.

Eräs keino aineiston riittävyyden ja kattavuuden toteamiseksi on aineiston saturaatio eli kylläntyminen. Tällä tarkoitetaan sitä, tutkimusongelman kannalta aineistosta ei enää kerry uutta tietoa. (Eskola & Suoranta 2000, 215.) Mielestämme tämän opinnäytetyön aineistossa saturaatiota ilmeni vain tietyissä aiheissa. Jos tämän opinnäytetyön otos olisi ollut suurempi, olisimme voineet saada vielä monipuolisempaa tietoa tästä laajasta aiheesta.

Lähdekritiikissä arvioidaan lähteen luotettavuutta. Siinä kiinnitetään huomiota lähteen aitouteen, puolueettomuuteen, laatuun ja ikään. (Mäkinen 2005, 85–86) Tuoreiden ja ajantasaisten lähteiden valinta on usein luotettavinta tiedon pätevyyden kannalta. Luotettavuuden kannalta toissijaiset lähteet ovat alkuperäisiä lähteitä huonompia, sillä niissä ensisijaisen lähteen tieto voi mahdollisesti muuttua. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73.) Lähteinä pyrimme käyttämään paljon ensisijaisia lähteitä, jolloin lähteiden luotettavuus pysyy mahdollisimman korkeana. Pyrimme käyttämään tässä opinnäytetyössä mahdollisimman paljon ajantasalla olevia lähteitä. Opinnäytetyössä on käytetty vanhempiakin lähteitä, mutta mielestämme näiden lähteiden tieto ei ole muuttunut tähän päivään mennessä. Käytimme opinnäytetyössä runsaasti ulkomaalaisia tutkimuksia, raportteja ja artikkeleita mahdollistaaksemme kattavan, totuudenmukaisen ja monipuolisen lopputuloksen. Lisäksi tutkimusaihetamme ei ole liiemmin tutkittu Suomessa. Lähteiden huonon saatavuuden ja opinnäytetyön budjettirajoitusten vuoksi jouduimme käyttämään usein toissijaisia lähteitä. Kuitenkin käyttämämme toissijaiset lähteet olivat peräisin tunnetuista ja suhteellisen tuoreista tutkimuksista sekä raporteista.

6.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys koostuu pitkälti kysymyksistä, joihin ei ole olemassa kaiken kattavaa, aukotonta ratkaisua tai säännöstöä. Tämän takia tutkijan on itse pohdittava ja tunnistettava oman tutkimuksensa mahdolliset eettiset ongelmakohdat. Jotta tutkija tässä onnistuisi, häneltä vaaditaan ammattitaitoa, ammattietiikkaa sekä riittävää herkkyyttä huomioimaan oman tutkimuksensa ongelmakohdat. (Eskola & Suoranta 2000, 52, 59.)

Jotta tutkimus olisi eettinen, luotettava sekä tuloksiltaan uskottava, tutkijan on muistettava hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyvät tarkkuus, rehellisyys sekä huolellisuus tutkimusta tehdessä. Tutkijan on

käytettävä tutkimuksessaan sellaisia eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on yleisesti hyväksynyt. Tiedonhankinnan kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että saatu tieto, aineisto ja tulokset perustuvat oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, havaintoihin ja oman tutkimuksensa analysointiin. (Vilkkä 2005, 29-30.) Tämän opinnäytetyön prosessissa ollaan pyritty noudattamaan yleisesti hyväksyttävää tutkimusetiikkaa. Pystyimme mielestämme hyvin omaksumaan hyvää tieteellisestä käyttäytymistä, sillä eettiset ongelmakohdat olivat jatkuvasti keskustelunaiheina opinnäytetyötä tehdessä. Tähtäsimme aktiivisesti vilppittömyyteen tietoa kerätessä, lähteisiin viitatessa ja tuloksia tehdessä.

Eettiset ratkaisut tulevat tutkijoiden eteen jo aiheen valinnan aikana. Tutkijoiden on otettava selvää siitä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi kyseiseen tutkimukseen edes ryhdytään. Kun nämä eettiset kysymykset on tutkimusraportin tekijöiden kesken selvitetty, tuodaan nämä ratkaisut yleensä julki tutkimuksen tarkoitusten ja tutkimusongelmien muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 126.) Kun tämän opinnäytetyön aihe oli valittu, tutustuimme aiheeseen liittyviin tutkimuksiin, joista on tarkempaa tietoa liitteessä 1. Opinnäytetyöprosessimme sai alkunsa suunnitelmalla, jossa kerroimme teoreettista taustaa opinnäytetyömme aiheesta. Kun ohjaava opettajamme oli hyväksynyt suunnitelmamme, lähetimme sen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) saadaksemme tutkimusluvan. Tutkimusluvan saatuaamme pääsimmekin aloittamaan opinnäytetyön haastattelut.

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oltava aina mahdollisuus valita osallistumisen tai osallistumattomuuden välillä. Haastateltavilla on oltava täysi vapaaehtoisuus heidän osallistumiseen koko tutkimuksen ajan. Tästä syystä tutkijoiden onkin muistettava, että haastateltavilla on täysi oikeus perua osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. (Kuula 2006, 87.) Tämän opinnäytetyön haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Ennen haastattelutilanteita haastateltaville jaettiin tiedotteet opinnäytetyön taustoista ja pyrkimyksistä (liite 3). Ennen haastattelujen aloitusta jaoimme tutkittaville haastattelupalomakkeen (liite 4), jossa he kirjallisesti suostuivat osallistumaan itse haastatteluihin, haastattelutilanteen nauhoittamiseen, suorien lainauksien käyttöön sekä olivat tietoisia oikeudesta jättäytyä pois opinnäytetyöstämme.

”Tietojen käsittelyssä kaksi keskeistä käsitettä ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti” (Eskola & Suoranta 2000, 56). Eli tietojen julkistamisen yhteydessä tutkijoiden on pidettävä huolta tutkittavien anonymiteettisuojausta eli nimettömyydestä sekä tutkijan ja tutkittavien välisestä luottamuksellisuudesta. Etenkin, jos kyseessä on arkaluontoinen aihe, tutkittavien henkilöllisyyden paljastuminen on tehtävä mahdollisimman vaikeaksi. (Eskola & Suoranta 2000, 57.) Opinnäytetyössämme tutkittavien terveydenhuollon työntekijöiden henkilöllisyydet eivät paljastuneet missään vaiheessa, sillä käsitelimme haastatteluita numeroin. Tämän opinnäytetyön haastatteluihin osallistuneista olemme puhuneet jatkuvasti tutkittavista, haastateltavista tai terveydenhuollon työntekijöistä. Tämä johtuu siitä, ettemme missään nimessä halunneet tuoda julki tiettyjä ammattinimikkeitä, jotka mahdollisesti voisivat paljastaa haastatteluihin osallistujien henkilöllisyyksiä. Jos haastateltava oli suostunut suorien lainauksien julkaisuun opinnäytetyössämme, pidimme huolta siitä, että niiden perusteella ei voitu ketään yksilöllisesti tunnistaa. Kun opinnäytetyö on valmis, tuhoamme kaikki nauhoitemateriaalit ja suostumuslomakkeet, jotta kukaan ulkopuolinen ei pääse käsiksi kerättyyn arkaluontoiseen aineistoon. Opinnäytetyötä varten kerätty haastatteluaineisto on ollut vain opinnäytetyön tekijöiden säilytyksessä ja käytössä, jolloin eettinen käytäntö tutkittavia kohtaan on varmistettu.

Haastatteluista saatu aineisto nauhoitettiin, jonka jälkeen yhdessä litteroimme koko materiaalin sanasta sanaan. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin käyttäen apuna sisällönanalyysia, jonka mielestämme suoritimme mahdollisimman rehellisesti sekä todenmukaisesti. Tällä pyrimme siihen, että opinnäytetyön lopputulos olisi mielestämme eettisesti oikein suoritettu.

6.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksista meille syntyi kokonaisuudessaan ajatus siitä, miten tutkimuskohteessa voitaisiin parantaa neurologisesti sairaiden tai kehityshäiriösten lasten hoitoympäristöä. Esimerkiksi kehittämis ehdotuksena nykyistä hoitoympäristöä olisi hyvä suunnitella enemmän käyttäjälähtöisesti. Tällä tarkoitamme sitä, että lapsipotilailta ja heidän perheiltään tulisi tiedustella toivomuksia ja käytännön kokemuksia hoitoympäristöstä. Neurologisesti sairaiden lasten hoitoympäristön koimme äärimmäisen laajaksi aihealueeksi ja mielestämme olisi tärkeätä ottaa huomioon kaikki

mahdolliset näkökulmat koskien aihetta. Näin saadaan taattua mahdollisimman hyvän ja toimivan hoitoympäristön lopputulos.

Opinnäytetyöprosessin aikana koimme, että myös tekemämme opinnäytetyö olisi voitu suorittaa hoitoympäristön käyttäjien näkökulmasta. Tutkimuskohteiksi oltaisiin siis valittu lapset ja heidän perheensä. Uskomme, että tällä tavalla tutkimustulokset olisi voinut yllättää ja jopa tarjota vielä hyödyllisempää tietoa tutkimuskohteellemme. Toinen tapa olisi myös ollut se, että olisimme haastatelleet vieläkin suurempaa kohderyhmää, vaikka jo nyt otanta oli suurehko opinnäytetyön vaatimusten merkeissä. Kuitenkin opinnäytetyötä tehdessä meille iski halu tehdä laajempi tutkimus aiheesta.

6.5 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää fyysisin hoitoympäristöllisin keinoin neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen hoitotyötä ja kuntoutumista. Mielestämme onnistuimme tämän opinnäytetyön tavoitteessa hyvin ja toivomme, että lukemisen jälkeen lukijalla olisi hyvä käsitys siitä, miten neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen fyysistä hoitoympäristöä voidaan edistää. Tutkimustehtäviin saimme mielestämme kattavan vastauskirjon, jonka puolesta voimme olla tyytyväisiä. Opinnäytetyötä tehdessä keskustelimme moneen kertaan keskenämme ja jopa epäilimme omia tutkijan taitojamme siitä, että saisimmeko loppujen lopuksi muodostettua hyvän ja kattavan lopputuloksen tälle kyseiselle opinnäytetyölle, joka myös vastaisi monipuolisesti tutkimustehtäviimme. Mutta nyt voidaan rehellisesti seistä sanojemme takana ja todeta, että olemme todella tyytyväisiä ja jopa ylpeitä siitä, kuinka paljon tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut meille tietoa tutkimusaiheestamme. Tästä syystä toivomme, että tämä opinnäytetyö lisää tietoa lukijalle neurologisesti sairaiden tai kehityshäiriöisten lasten hoitoympäristöstä.

Ennen opinnäytetyön aiheen valintaa tiesimme jo etukäteen, että teemme opinnäytetyön yhdessä. Olimme olleet luokkakavereita koulun alusta saakka ja ystäväystytty toisiimme hyvin, jotenka oli myös luonteva valinta tehdä opinnäytetyö yhdessä. Meidän opinnäytetyötä edeltävä yhteistyö oli jo todistanut, että työskentelytapamme ovat hyvin toisiaan tukevaa sekä kaikin puolin kitkattomasti toimivaa. Uskomme, että

yhteistyömme etuna on myös erilaiset näkökohdat tutkimusaiheeseen, sillä opiskelemme eri sairaanhoitajan syventäviä opintoja.

Jos kuvailisimme opinnäytetyönprosessia kolmella sanalla, valitsisimme näiksi sanoiksi monimutkainen, vaikea ja palkitseva. Opinnäytetyötä tehdessä yhteistyö sujui mukavasti ja saimme luontevasti tehtyä hyvää yhteistyötä koko prosessin ajan. Kuitenkin tätä prosessia vaikeutti tutkimusaiheen laajuus ja tiedon etsiminen, sillä hoitoympäristöä, saati sitten neurologisesti sairaan lapsen hoitoympäristöä, on hyvin vähän tutkittu Suomessa. Kun aloitimme opinnäytetyön tekemisen elokuussa 2011, innostuimme hyvin paljon aiheesta. Kun tutustuimme aiheeseen paremmin, kauhistuimme aika paljonkin sitä, kuinka kovan työn takana on saada edes pieni tiedon määrä opinnäytetyöhön asti. Syynä oli pääasiassa se, että vieraskielistä tietoa oli hankala löytää ja analysoida sopivaksi. Opinnäytetyönprosessi lähti käyntiin hyvällä mallilla, kun olimme saaneet miettiä pitkään työmme niin sanottua punaista lankaa. Kun saimme otteen siitä, kuinka lähestyä tutkimusaihettamme, yhteistyömme olikin siitä lähtien mutkatonta ja palkitsevaa, koska saimme paljon tuotettua ja etsittyä tietoa opinnäytetyöhömmme. Yhtenä myös suurimpana vahvuutena oli opinnäytetyöprosessissa myös sekin, että teimme oikeastaan kaiken tähän opinnäytetyöhön liittyvän yhdessä. Niitä kertoja, jolloin teimme opinnäytetyötä yksin oli vain muutamia. Lopuksi voisimmekin sanoa, että alkuun olisi pitänyt tehdä töitä enemmän opinnäytetyön eteen, mutta aika riitti lopulta ihan hyvin, vaikka tiukalle se menikin. Tiedonhaku ja vieraalta kieleltä tiedon suomentaminen oli meille ehdottomasti opinnäytetyöprosessin aikaa vievin vaihe.

Yhteistyö tutkimuskohteen kanssa sujui riittävän hyvin opinnäytetyöprosessin aikana. Saimme helposti sovittua tapaamisten, haastattelutilanteiden sekä esitysten ajankohdat. Tutkimuskohteessa oltiin tyytyväisiä opinnäytetyön aiheesta ja se näkyi muun muassa haastateltavien motivaatiossa osallistua haastatteluihimme. Suuri osa haastateltavista oli jopa valmistautunut haastatteluihin, joka ainakin merkitsi meille todella paljon henkilökohtaisesti. Tutkimuskohteessa meidät myös otettiin hyvin vastaan ja kohdeltiin kunnioittaen. Haluamme kiittää tutkimuskohteemme työntekijöitä, heidän omasta merkittävästä panoksestaan tähän opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön haastattelutilanteet sujuivat hyvin ilman suurempia ongelmia. Koimme haastattelutilanteet luontevina, koska olemme molemmat sosiaalisesti taidokkaita

ihmisiä, jotka uskaltavat tarttua hetkeen ja luoda keskustelua, jos tilanne sitä vaatii. Teemahaastattelut tutkimuksen aineistonkeruumuotona oli meille aivan uusi asia, sillä kumpikaan meistä ei sitä ollut aiemmin tehnyt tai nähnyt. Jälkikäteen on tullut ajateltua, että joihinkin teemahaastattelujen teemoihin olisi ollut parempi syventyä enemmän haastatteluissa. Toisaalta, kokonaisuutta ajatellen, emme olisi tehneet mitään toisinkaan, sillä aineisto oli loppujen lopuksi kattava ja runsas, näinkin pienestä otannasta. Aineiston analyysin teimme hieman erikoisella tavalla, sillä halusimme sen olevan fyysisessä muodossa, sillä silloin se olisi mahdollisimman selkeä ja helposti muokattavissa. Lopputuloksena sisällönanalyysistä askartelimme neljä metriä pitkän ja metrin leveän paperikollaasin, johon oli muun muassa upotettu paketillinen sinitarraa, jotta saimme kategorioita muistuttavat lappuset haluamiimme paikkoihin tässä tuotoksessa. Tämä aineiston analysointitapa oli meille hyvin käytännönläheinen ja valaiseva, sillä näimme siitä yhdellä silmäyksellä paljon tietoa. Tällä tavalla aineiston analysointi oli hauskaa ja hupaisaa. Vaikka aineiston sisällönanalyysi oli haastava ja aikaa vievä prosessi, silti sen tekeminen oli mielekästä, ehkä osaksi johtuen myös meidän tekniikasta toteuttaa se.

Opinnäytetyöprosessin aikana kävimme opinnäytetyötä ohjaavan opettajan luona useita kertoja, varsinkin prosessin alkuvaiheessa. Ohjaava opettaja osasi antaa paljon hyviä ehdotuksia koskien opinnäytetyötä. Mieleen jäävin apu ohjauskerroilta on ollut varsinkin se, kun olemme olleet ihan hakoteillä tai muuten vain pohdittu tutkimusaihetamme liian monimutkaisesti. Opinnäytetyön ohjauksissa olemme saaneet paljon hyvää palautetta ja suuntaa antavia ohjeita, joita ennen kaikkea tarvitsimmekin prosessin alkuvaiheessa, jotta saimme tämän opinnäytetyöprosessin kunnolla käyntiin. Koimme siis ohjaukset hyvin tarpeellisiksi, koska ohjaavan opettajan ohjaus edisti todella hyvin opinnäytetyön kulkua alusta loppuun saakka.

Lopuksi haluamme kertoa tarinan, jolla haluamme valaista hieman sitä, miltä meistä tämä opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan tuntunut. Tarina kertoo kuudesta sokeasta miehestä, jotka lähtivät tutustumaan elefantiin. Jokainen mies kohtasi elefantin omalla tavallaan ja omalta suunnaltaan. Ensimmäinen mies sattui törmäämään elefantin kylkeen. Tunnustelun jälkeen asia varmistui: elefanti on kuin seinä. Toinen kosketti syöksyhammasta ja teki johtopäätöksen terävästä, pyöreästä ja sileästä otuksesta: elefanti on kuin keihäs. Kolmas tarttui liikkuvaan kärsään ja totesi välittömästi: elefanti on kuin käärme. Neljäs levitti kätensä ja sai kiinni norsun jalan:

elefantti on puun kaltainen. Viides oli aivan varma norsun olemuksesta, löytäessään laakean korvan: elefantti on kuin tuuletusviuhka. Kuudes mies oli hänkin aivan varma siitä, millainen norsu on löytäessään sen hännän: elefantti on köyden kaltainen. Tarinan lopuksi kuusi sokeaa miestä riitelivät suureen ääneen siitä, millainen elefantti oikeasti on. Vaikka jokainen oli tavallaan oikeassa, kuitenkin he kaikki olivat väärässä. Tämä tarina on hyvä esimerkki siitä, että laadullista tutkimusta tehtäessä erilaisia lähestymistapoja voitaisiin käyttää totuuden löytämiseksi. Tarinan sokeat miehet käyttivät kukin vain yhtä lähestymistapaa ja olivat täten väärässä elefantin suhteen. (The Buddhist Sutra 2012, 1-2.) Tarinaan voimme myös itsekkin hyvin samaistua, sillä opinnäytetyöprosessin aikana olemme koittaneet lähestyä tutkimusaihettamme lukuisista eri näkökulmista tuloksetta. Mutta lopulta opinnäytetyöprosessin loppuvaiheilla löysimme mielestämme hyvän tavan lähestyä aihettamme, millainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle lapselle. Kiitämme jokaista lukijaa, joka lukee tämän opinnäytetyön ja samalla toivomme, että siitä on ollut myös hyötyä jollain tavalla juuri sinulle.

LÄHTEET

ADHD-liitto ry. Adhd-tietoa. Luettu 21.9.2012. <http://www.adhd-liitto.fi/adhd-tietoa>

Aura, S., Horelli, L. & Korpela, K. 1997. Ympäristöpsykologian perusteet. Porvoo: WSOY.

Bishop, K. 2008. From their perspectives. Children and young people's experience of a paediatric hospital environment and its relationship to their feeling of well-being. The university of Sydney. Faculty of architecture, design and planning. Väitöskirja.

The Buddhist Sutra. The Blind Men and the Elephant. Luettu 9.10.2012. <http://www.spiritual-education.org/blindmenelephants.pdf>

Epilepsialiitto. Epilepsia, päiväkotia ja koulu. Luettu 23.9.2012. http://www.epilepsia.fi/epilepsialiitto/epilepsialiiton_ajankohtaista/tietoa_epilepsiasta/vaikutus_elamaan/epilepsia_paivakoti_ja_koulu

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hakala, T. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusyritys Tammi.

Holmberg, A (toim.) 2009. Turvallinen asuminen ja epilepsia: käytännön vinkkejä ja ohjeita turvallisempaan asumiseen. Epilepsialiitto.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jokinen, S. 1995. "Sairaalasänky on potilaan koti" – Sairaanhoidon opiskelijoiden käsitykset hoitoympäristöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu – tutkielma.

Joseph, A. & Ulrich, R. 2007. Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. The Center for Health Design. Concord.

Kaski, M. 2002. Kehitysvammaisuuden kuva. Rinne-koti Säätiö. Finnanest 35 (2), 147.

Kaski, M. (toim.), Manninen, A., Mölsä, P. & Pihko, H. 2002. Kehitysvammaisuus. Porvoo: WSOY.

Kerola, K., Kujanpää, S. & Timonen, T. 2001. Autismituntoutus. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistonhankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuuloliitto ry. 2009. Erilaiset kuulovammat. Luettu 3.9.2012.
http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuulo/huonokuuloisuus/erilaiset_kuulovammat/

Kuuloliitto ry. 2012. Esteetön kuuntelu ympäristö. Päivitetty 8.5.2012. Luettu 10.10.2012.
http://www.kuuloliitto.fi/document.php?DOC_ID=625&SEC=be184d1a2c091a4fb7adc86443e01b8e&SID=1#esteetn_kuunteluymprist_-esite.pdf

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs H. & Juvakka, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Lamminen, M. 2010. Leikki-ikäisten lasten neurologisen hoitotyön laatu vanhempien arvioimana. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Forssa: Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Mansfield, A., Nathanson, V., Jayasinghe, N. & Foyle, G. 2011. The psychological and social needs of patients. British Medical Association. Lontoo.

Metsämuuronen, J. (toim.). 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäenpää, H. CP-vamma. Suomen CP-liitto ry. Luettu 1.9.2012.
<http://www.cp-liitto.fi/index.phtml?s=163>

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Hämeenlinna: Kustannusyritys Tammi.

Muurinen, S., Nenonen, M., Wilksman, K. & Agge, E. 2010. Hoitotyön vuosikirja 2010: uusi terveydenhuolto. Helsinki: Fioca Oy.

The National Autistic Society. 2012. Environment and surroundings. Päivitetty 3.4.2012. Luettu 23.9.2012. <http://www.autism.org.uk/living-with-autism/at-home/environment-and-surroundings.aspx>

Netherlands Board for Healthcare Institutions. 2008. Quality of the physical health care environment. Status of research on environmental variables and the effects on (sick) people. Netherlands Board for Healthcare Institutions 617.

Näkövammaisten keskusliitto ry. Rakennetun ympäristön esteettömyys. Luettu 21.9.2012. <http://www.nkl.fi/fi/etusivu/tietoa/ymparisto>

Palohuhta, A-L. 1995. Omaisten näkemys pitkäaikaissairaana fyysisestä hoitoympäristöstä.. Terveystieteiden koulutusohjelma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Paron-Wildes, A.J. 2005. Sensory stimulation and autistic children. *InformaDesign. Implications* 6 (4), 2-4.

Pastor, S. 2011. Hospital Care - A Child's-Eye View. *HealthNewsDigest.com. Health Progress*, 5-6/2011, 29-30.

Pelander, T. 2008. The Quality of Paediatric Nursing Care. Children's Perspective.. University of Turku. Department of Nursing Science. Väitöskirja.

Puustjärvi, A. & Pihlakoski, L. 2011. ADHD-oireisiin vaikuttavat ympäristö- ja motivaatiotekijät. *Suomalainen lääkäriseura Duodecim*. Luettu 21.9.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00944

RHSC Guidelines. 2004. Royal Hospital for Sick Children. Luettu 1.9.2012.
<http://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/NM%20docs/Yorkhill/Guideline%20Environmental%20safety.pdf>

Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) 2004. *Lastenneurologia*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Svensk sjuksköterskeförening. 2010. Vårdmiljöns betydelse. Luettu 22.8.2012.
<http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Om%20vardmiljo.pdf>

Suomen Mensa ry. Päivitetty 7.1.2012. Luettu 20.9.2012.
<http://www.mensa.fi/sivu.php/alytestit>

Taha, R. 2008. The Importance of Play. Well vs. Hospitalized Children. School of Nursing Scholarly Works. University of Connecticut. DigitalCommons@UConn 2008, 3-4.

Tapaninen, A., Kauppinen, T., Kivinen, K., Kotilainen, H., Kurenniemi, M. & Pajukoski, M. 2002. *Ympäristö ja hyvinvointi*. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., Choudhary, R. 2004. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Center for Health Systems and Design, Texas A&M University. Texas.

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Voutilainen, P. 1997. Dementoituvan ominaispiirteet huomioon ottava fyysinen hoitoympäristö. Teoksessa Heimonen, S & Voutilainen, P. (toim.) *Dementoituva hoitotyön asiakkaana*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Wardle, F. 2008. Creating indoor environments for young children. Early Childhood News. Luettu 28.8.2012.
http://www.earlychildhoodnews.com/earlychildhood/article_view.aspx?ArticleId=294

Åberg, L. 2011. Epilepsia lapsella. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 3.9.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00121

TAULUKKO 4. Opinnäytetyössä käytetyt keskeiset tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Bishop (2008)</p> <p>From their perspectives: children and young people's experience of a paediatric hospital environment and its relationship to their feeling of well-being</p> <p>Heidän näkökulmasta: lasten ja nuorten kokemuksia lastensairaalan ympäristöstä ja sen suhde heidän hyvinvoinnin tunteeseen</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimus tarkoituksena on saada enemmän ymmärrystä lasten ja nuorten kokemuksista sairaalaympäristöissä ja tunnistaa heidän kokemuksiinsa vaikuttavat fyysiset tekijät.</p> <p>Tutkimuksen tehtävinä on kuvata lasten ja nuorten kokemuksia sosiofyysisessä ympäristössä lastensairaalassa sekä ymmärtää fyysisen ympäristön vaikutuksista lasten ja nuorten hyvinvoinnin tunteeseen sairaalaympäristössä</p> <p>Tutkimuksella oli kolme päätavoitetta: 1. Kuvata lasten ja nuorten kokemuksia sairaalaympäristössä ja tunnistaa toimiva lasten ympäristö. 2. Tarkastella fyysisen ympäristön roolia potilaiden hyvinvoinnin tunteen suhteen. 3. Korostaa osallistuvan tutkimuksen roolia lasten ja nuorten ympäristön näyttöön perustuvassa suunnittelussa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin laadullisella tapaustutkimusmenetelmällä.</p> <p>Aineisto kerättiin Westmeadin lastensairaalassa, Sydneyssä, Australiassa.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 25 lasta ja nuorta, iältään 9-18 vuotta, jotka olivat vähintään viikon sairaalahoidossa.</p> <p>Aineistonkeruu suoritettiin puolistrukturoidulla haastatteluilla</p> <p>Analyysimenetelmänä oli data-analyysi, käyttäen kartoitus- ja teemaanalysointien yhdistelmää.</p>	<p>Lasten ja nuorten sairaalakokemukset ovat yhteyksissä heidän henkilökohtaisiin elämänvaiheisiin, sosiaalisiin kokemuksiin, heidän ja fyysisen ympäristön väliseen vuorovaikutukseen, ympäristön mahdollisuuksiin ja organisaation ominaisuuksiin sekä ajan vaikutuksiin.</p> <p>Lasten hyvinvoinnin tunne on yhteyksissä turvallisuudentunteeseen hoitoympäristössä. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin tunteeseen vaikuttavat myös positiivisen mielialan ylläpitäminen sekä heidän jatkuva vuorovaikutus ympäristön kanssa.</p> <p>Lapsilla ja nuorilla on olemassa dynaaminen suhde lastensairaalan ympäristöön, sillä he aktiivisesti muokkaavat sitä.</p> <p>Nämä löydökset luovat hyvän pohjan tuleville tutkimuksille ja tulevaisuuden suunnittelutöissä lastensairaloissa.</p>

<p>Pelander (2008)</p> <p>The Quality of Paediatric Nursing Care – Children’s perspective</p> <p>Lasten hoitotyön laatu – lasten näkökulma</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla lasten odotuksia ja arviointeja lasten hoitotyön laadusta sekä kehittää mirrari kouluikäisille sairaalassa olevilla lapsille laadun arviointiin.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli lasten hoitotyön laadun kehittäminen sairaalassa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin tuotos – menetelmällä.</p> <p>Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa haastatteluihin osallistui 40 lasta, Toisessa vaiheessa mittaria testattiin 388 lapselle ja 198 hoitajalle. Kolmannessa vaiheessa valmistuneen mittarin testaamiseen osallistui 338 lasta.</p> <p>Aineistonkeruu tapahtui haastatteluin ja piirustusmateriaal ein.</p>	<p>Lapset arvioivat fyysisen hoitoympäristön, hoitajien inhimillisyyden ja luotettavuuden sekä huolenpidon ja vuorovaikutustoiminnot kiitettäväksi. Lapset arvioivat hoitajien viihdyttämistoiminnot kaikkein alhaisimmiksi. Lapsen ikä ja sairaalantulotapa olivat yhteydessä lasten saamaan tiedon määrään. Lasten kivoimmat kokemukset liittyivät ihmisiin ja heidän ominaisuuksiinsa, toimintoihin, ympäristöön sekä lopputuloksiin. Ikävimmät kokemukset liittyivät potilaana oloon, tuntemuksiin sairauden oireista sekä erossaoloon, hoitotyön fyysisiin toimintoihin sekä ympäristöön.</p>
---	--	--	--

Teemahaastattelun runko

Teema-haastattelun runko on jaettu seuraaviin käsiteltäviin teemoihin, joita käsitellään tulevissa haastattelutilanteissa.

Yleiset teema-alueet lasten neurologisista sairauksista:

(Haastatteluun aiheeseen virittäytyminen)

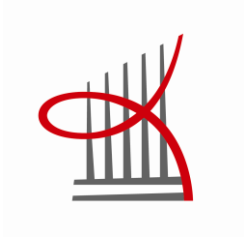
- Tavallisimmat neurologiset sairaudet ja kehityshäiriöt
- Nykyiset hoitoympäristölliset tarpeet
- Osaston tämän hetkiset ongelmakohdat

Hoitoympäristön teema-alueet:

(Haastattelussa käsiteltävät pääteemat)

- Yksilöllisyys
 - o Reviirien merkitys
 - o Tilojen rauhallisuus ja jaetut tilat
 - o Muut lasten neurologiset sairaudet
- Turvallisuus
 - o Fyysinen turvallisuus
 - o Psyykinen turvallisuus
- Perhekeskeisyys
 - o Tilat
- Lasten kuntoutumisen edistäminen
 - o Hoitoympäristölliset tekijät

TIEDOTE
30.01.2012



Hei!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää minkälainen hoitoympäristö edistää neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen kuntoutumista lasten neurologisella osastolla hoitohenkilökunnan kuvaamana.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla hoitohenkilökuntaa. Haastattelutilanteet nauhoitetaan ja kestävät 30-60 minuuttia. Haastateltavilta emme varsinaisesti edellytä mitään, kunhan osallistuvat keskusteluun reippain ja avoimin mielin.

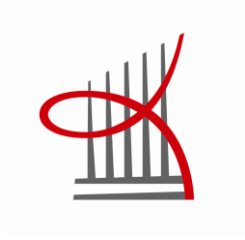
Opinnäytetyön valmistuttua haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa tai ammattinimikkettä pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Riku Iso-Markku ja Tomi Kallio

Riku Iso-Markku
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
Yhteystiedot: riku.iso-markku@piramk.fi



HAASTATTELULUPALOMAKE

17.01.2012

Hoitoympäristön merkitys neurologisesti sairaan tai kehityshäiriöisen lapsen hoitotyössä

Olen lukenut tiedotteen, haluan osallistua vuoden 2012 aikana haastatteluun ja ymmärrän, että kaikki teema-haastatteluihin osallistuvat työntekijät pysyvät täysin nimettöminä, eikä heidän ammattinimikkeitä voida tunnistaa lopullisessa opinnäytetyössä. Annan suostumuksen siihen, että käytätte asiantuntijuuttani hyväksi opinnäytetyössänne. Lisäksi olen valinnut alapuolella esiintyvistä vaihtoehdoista, haluanko teidän käyttävän suoria lainauksia puheestani.

☐ Kyllä, voitte käyttää antamistani vastauksista suoria lainauksia opinnäytetyössänne.

☐ Ei, en halua teidän käyttävän suoria lainauksia opinnäytetyössänne.

Päivämäärä ja allekirjoitus

Nimen selvennys

Mikäli teille tulee vielä kysyttävää, annan teille yhteystietoni. (vapaaehtoinen)

TAULUKKO 5. Hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaille lapsille

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Varastoon apuvälineet	APUVÄLINEET HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	LASTEN NEUROLOGISTEN SAIRAUKSIEN MUKAINEN HOITOYMPÄRISTÖ
Apuvälineet eivät saisi olla esteenä		
Säilytystilaa apuvälineille		
Apuvälineet ei liian kaukana		
Isot apuvälineet vievät tilaa		
Kunnolliset työvälineet		
Isot apuvälineet tarvitsevat enemmän tilaa		
Apuvälineet lähemmäksi		
Apuvälineet omissa paikoissaan		
Omat tilat apuvälineille		
Apuvälineet samassa paikassa		
Huoneiden käyttötarkoitus toiminnan mukaan	POTILASRYHMITTÄISE T HUONERATKAISUT	
Päiväkäyntiläisille oma huone		
Huoneiden jaottelu sairauskohtaisesti		
Tilojen muokattavuus, erilaisuus		
Huoneiden potilasjärjestelyt mietitään mahdollisimman toimivaksi		
Lasten jaottelu osastolla sairauskohtaisesti		
Sairauden mukaiset huoneratkaisut		
Liikuntarajoitteisille oma huone		
Tietuille potilasryhmille omat huonetyypit		
Strukturoidut päiväohjelmat auttavat muisti- ja ymmärrysongelmaisia		
Autistisen lapsen kanssa on hyvä aloittaa työskentely ympäristössä, joka on mahdollisimman pelkistetty		
Näkövammaiset tarvitsisi enemmän heille suunniteltuja tiloja		
Tällä hetkellä näkövammaisille ei erotu		

samanväriset ovet ja seinät	HOITOYMPÄRISTÖN SUUNNITTELU HUOMIOIDEN LASTEN NEUROLOGISET SAIRAUDET	
Autististen lasten kanssa vältettävä sekavaa ympäristöä		
Liikuntarajoitteisilla työtasot säädettäviä		
Kehitysvammaiset ehkä alttiimpia vahingoille		
Syömishäiriöiselle oma keittiö		
Liikuntarajoitteisten huoneessa liikkuminen esteetöntä		
Näkövammaisille selkeyttä hoitoympäristöön		
Näkövammaisille kontrastit ja värien käyttö olennaista		
Näkövammaisille selkeät värit		
Näkövammaisille valaistus ja kontrastit kuntoon		
Näkövammaisille pinnat tummemmalle		
Näkövammaisille värimaailma paremmaksi		
Kuulovammaisille kuvitusta seinille		
Pöydän ääreen pääsee syömään		
Sairaalasänkyjen tarve vähäinen?	POTILASHUONEEN OMINAISUUDET	
Potilashuoneissa sohvut		
Pöydät ja tasot ei ole suunniteltu pyörätuolipotilaille		
Potilashuoneissa kohdevalaistus, voi työskennellä silloin myös siellä		
Normaalit sängyt potilashuoneisiin		
Isommat huoneet		
Hoitopöytien tavarat enemmän saatavilla		
Tiedustellaan ympäristön käyttäjiltä mielipiteitä		
Potilashuoneissa voisi olla sohvia ja säkkituoleja		
Hoitopöydät isommiksi ja helpommin liikuteltaviksi		

Lämpötilan tasausta - kylmä talvella ja kesällä kuuma		HOITOYMPÄRISTÖN SUUNNITTELUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	
Oma huone päiväunia varten?	KÄYTÄNNÖLLINEN POHJARATKAISU HOITOYMPÄRISTÖLLE		
Erillinen odotussali tai odotushuone			
Monitasoisempaa suunnittelua pyörätuoleja varten			
Oma ruokailuhuone lapsille (ei leikkihuoneessa)			
Ympäristön arviointi tehtäisiin käyttäjälähtöisesti			
Yöaikaan seuranta rajallista			
Päiväunia varten tyhjä ja hiljainen huone			
Leikkihuone ja odotushuone eri tiloihin			
Enemmän tilaa			HOITOYMPÄRISTÖN TILAN TARVE
Tilaa enemmän			
Tilan puute			
Tilaa apuvälineille			
Säilytystilaa yleisesti lisää			
Väljemmät tilat			
Isommat varastotilat			
Nykyään on tilanpuutetta			
Tilaa tarvitsisi olla enemmän, apuvälineiden vuoksi			
Enemmän tilaa yleisesti			
Huoneet ja varastot isompia			
Enemmän huoneita, jokaiselle lapselle omat			
Laajan käyttäjäkunnan vuoksi sairaalaympäristö hankala arjen kannalta	HOITOYMPÄRISTÖN TARKOITUKSENOMAI SUUS		
Enemmän tarkoituksen omaisemmat tilat			
Päiväkohtaiset tilat hoitoympäristöön			
Nämä tilat ei ole suunniteltu meitä varten			
Tarkoituksen mukaiset kalusteet			
Pyörätuolipotilailla ahdasta			
Siistimpää osastolla			
Pyörätuolipotilailla hankalaa ja ahdasta liikkua			
Esteetön fyysinen ympäristö			
Kynnykset pois			

pyörätuolien vuoksi	ESTEETÖN HOITOYMPÄRISTÖ	
Käytävä voisi olla siisti		
Käytävä siistimpi		
Pohjaratkaisu osastolla erilainen		
Ovet liian ahtaat		
Yksityisyyden edistäminen tarvitsee hoitohenkilökunnan osaamista	LASTEN YKSITYISYYDEN EDISTÄMINEN	LASTEN HOITOTYÖTÄ EDISTÄVÄT TEKIJÄT HOITOYMPÄRISTÖS SÄ
Nykyisissä tiloissa tietosuoja kärsii		
Huoneisiin sermit		
Lapsille omia henkilökohtaisia tiloja		
Perheillä oltava mahdollisuus tiloihin	LASTEN PERHEKESKEISYYDEN EDISTÄMINEN	
Vanhemmat potilaan tukena		
Vanhemmat viettävät koko päivän osastolla		
Perhekeskeiselle hoitotyölle enemmän tilaa		
Vanhemmille tarvittaessa omat sängyt		
Pitkillä hoitosuhteilla positiivinen vaikutus perheisiin		
Yksilökohtainen hoitotyö hankalaa	LASTEN JA HEIDÄN PERHEIDEN YKSILÖLLISYYDEN EDISTÄMINEN	
Yksilöllisyyttä enemmän, esim. intymiteettisuojaalla		
Ympäristö ei ole välttämättä ideaalinen yksilöllisyyden kannalta		
Lapsille yksilökohtaiset huoneet		
Huonejärjestyksessä otetaan huomioon iät		
Pelon tunteen ehkäisemiseksi olisi hyvä mennä päiväohjelma läpi lasten kanssa		
Pöytien kulmat pidettävä turvallisina näkövammaisille		
Pöydän kulmat ”pehmeämmiksi”		
Pöytien terävät kulmat pehmustetaan		
Kalustuksella ja niiden sijoittelulla edistetään		

turvallisuutta	LASTEN TURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN	
Pöytien/kaappien kulmat pehmeämmin muotoiltuja		
1 hoitaja, 1 lapsi – lapsi ei saa jäädä yksin		
Ikkunat pysyvästi kiinni		
Tilan puute on turvallisuusriski		
WC:n pesualueen kulmat turvallisemmaksi		
Hoitopöytiin laidat		
Psyykkisen turvallisuuden rakentaminen ehdottoman tärkeää, ehkä enemmän kuin fyysisen		
Ylimääräinen tilpehööri voi häiritä lapsia	HOITOYMPÄRISTÖN YLEISILME	
Ympäristö on miellyttävä		
Ympäristöön selkeyttä		
Ympäristöön samankaltaisuutta		
Selkeämpi yleisilme ympäristössä		
Teemaviikkoja (esim. viidakkoteemat)		
Mahdollisimman selkeä, esteetön ympäristö, yksityiskohtia sitten pohditaan sen pohjalta		
Ympäristöön toistuvaa informaatiota		
Esteettisesti kauniit ympäristöt	PC-KUVIEN KÄYTTÖ LASTEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Kuvat ovat konkreettisia ymmärrykselle		
Kehitysviiveisille myös hyötyä kuvista seinillä		
Liika kuvitus voi aiheuttaa hämmennystä		
Kuvitukset voisivat toimia esim. sarjakuvina		
Perus struktuurikuvitus sopivassa määrin, ei haittaa ketään		
Kuvien avulla saadaan seurattua päivän kulkua		
Toimintaa helppo ohjata kuvituksilla, ei välttämättä kaikkein		
Kuvituksen pitää olla		

tarkoituksenmukaista		
Hoitoympäristöön enemmän kuvitusta		
Kuvituksen tarve on potilaskohtaista		
Kaikkeaa ei kannata kuvittaa saman tien		
Hoitoympäristöön joku tila, joka ei olisi sisustukseltaan sairaalamainen		
Laitosmaisuus huono asia		
Pitkäaikaispotilaiden huoneiden kodinomaisuus		
Kodikkaat, miellyttävät, toimivat tilat	KODINOMAINEN HOITOYMPÄRISTÖ?	
Sairaalamaisuus huono asia		
Kodinomaisuus hyvä		
Turhan sairaalanomainen		
Kodinomaisemmat sängyt		
Pitäisi olla kodinomainen		
Kodinomaisemmat tilat		
Kivempi värimaailma		NEUROLOGISESTI SAIRAIDEN LASTEN FYYSINEN HOITOYMPÄRISTÖ
Ei olisi seinät täynnä iloisia värejä		
Parempi valaistus		
Väreillä saataisiin viihtyisyyttä lisää		
Värit huonot		
Selkeät värit, joista erottuu ovet ja kulkuväylät		
Vaaleasävyiset värit! – muokattavuus helpompaa		
Osaston tämän hetken värimaailma ei toimi		
Värimaailma lapsenomaisemmaksi	VÄRIEN KÄYTTÖ NEUROLOGISTEN LASTEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Huonekalujen kontrastit selkeiksi		
Värimaailman pitäisi sisältää selkeyttä ja kontrasteja		
Värit ei saa olla räikeitä Harmoniset värit!		
Parempi värimaailma ja kontrasti		
Lautaset eri värisiksi		
Näkövammaisten hankala syödä valkoiselta lautaselta		
Selkeät kontrastit		
Värit rauhalliset, ettei häiritse lapsia		

Väreillä on iso vaikutus		
Työntekijöiden viihtyvyys heijastuu suoraan perheisiin/potilaisiin		
Parveke olisi hyvä pieneen ulkoiluun		
Viihtyisyyttä lisäisi kalustus	LASTEN JA NUORTEN VIIHTYVYYTTÄ EDISTÄVÄT TEKIJÄT	
Vanhemmille lapsille tietokoneet		
Hyvällä suunnittelulla saataisiin viihtyvyttä lisää		
16-vuotiaille dvd ja ”pleikkari”		
Piha-/ulkoilumahdollisuus		
Kuvat & julisteet nostavat henkistä hyvinvointia	KUVIEN, JULISTEIDEN JA TAULUJEN KÄYTTÖ HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Tauluja/maalauksia lasten korkeudella		
Maalauksia osastolle		
Ei ole aina saatavilla rauhallisia tiloja		
Hoitohenkilökunnan tehtävä töitä rauhallisuuden eteen		
Rauhallinen tila, jossa puhutut asiat pysyisivät seinien sisällä	YLEISEN RAUHALLISUUDEN TOTEUTUMINEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Mahdollisuus omaan tilaan ja rauhaan hyvä asia		
Ympäristön rauhallisuutta ei aina saavuteta		
Kuunnellaan vanhemmilta toivomuksia omaan rauhaan		
Ympäristö on hälyinen		
Parempi akustiikka		
Äänieristykset paremmat		
Rauhallinen äänimaailma olisi tärkeä		
Ympäristössä vilkettä		
Äänet kuuluu läpi seinien		
Äänieristyksen toimivuus tärkeää		
WC-tilojen äänieristys osittain huono		
Hälinä pois		
Puhe kuuluu seinien läpi, eli äänieristys huono	ÄÄNIMAAILMAN RAUHALLISUUDEN EDISTÄMINEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Huoneiden väliset äänieristykset huonot		
Kolina ja hälinä		
Lapset ovat		

RAUHALLISUUS
HOITOYMPÄRISTÖS
SÄ

ympäristöherkkiä, jolloin pienikin kolahdus voi viedä lapsen huomion muualle		
Ääni kuuluu käytävälle toiseen päähän käytävää		
Paljon lasten ääniä		
Osaston akustiikka ei toimi		
Taukotiloihin on vanhempien hyvä vetäytyä	PERHEEN TAUKOTILAN TARVE HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Yhteinen ruokailutila perheelle		
Perhetilat, esim. keittiö		
Taukotilassa olisi hyvä keittää kahvia ja lukea lehtiä		
Potilaiden vanhemmille oma kahvi- ja ruokailuhuone		
Omaisille oma jääkaappi		
Vanhemmille oma taukotila	MINI MEETING – HUONEEN TARVE HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Omaisille kahvinkeittomahdollisuus		
Keskustelut perheen ym. muiden kanssa ei välttämättä onnistu		
Mini meeting –huone, joka olisi sisustukseltaan kutsuva, sohvut		
Tilaa vanhempien haastattelua varten		
Ei ole varsinaista tilaa keskustella perheen kanssa, esim. arjen asioista, hoitotyöstä tai muusta vaikeasta aiheesta		
Mini meeting –huone, jossa ei olisi tietokoneita, olisi kukkia	TERAPEUTTISTEN TILOJEN TARVE HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Ei-sairaalamainen huone, jossa jutella lapsen ydinasioista		
Terapeuttisissa tiloissa voisi keskustella, harjoitella esim. syömistä		
Harjoituskeittiö: mitä enemmän kotia muistuttavaa, sen parempi		
Terapeuttisia tiloja, missä potilaat voisivat olla vanhempien kanssa		
Harjoituskeittiö voisi olla myös terapeuttinen tila lapsille		

Harjoituskeittiö voisi olla myös vanhempien tila		TARPEIDEN MUKAISET TILAT NEUROLOGISESTI SAIRAIDEN LASTEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ
Terapeuttiset tilat tukisi moniammatillista yhteistyötä		
Terapeuttisissa tiloissa voisi simuloida normaaleja tilanteita arjessa		
WC epäkäytännöllinen	WC-TILOJEN KEHITTÄMINEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Inva-WC, joka olisi suunniteltu osastoa varten		
Vessaan enemmän tilaa ja parempaa sijoittelua		
Inva-WC, jossa olisi tilaa tietynlaisille toimenpiteille		
Pyörätuolipotilaat eivät välttämättä pääse wc:n lavuaarille		
Liikuntarajoitteiset pääsisivät pyörätuolilla WC:hen		
Design-for-all, esim. inva-wc kaikille		
Leikkihuoneen lelut pois tieltä	LEIKKIHUONEEN KEHITTÄMINEN HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	
Leikkihuone liian sekainen		
Leikkihuone kaaottinen		
Leikkihuone voisi olla strukturoitu		
Leikkihuone on ahdas		
Leikkihuoneeseen lisää tilaa ja avonaisuutta		
Leikkihuone tarvitsisi tilaa enemmän		
Leikkihuone on rauhaton		
Leikkihuoneessa näkee hyvin lasten ryhmätoiminnan		
Leikkihuone olisi vain leikkihuone		
Leikkihuone toimisi vain leikkihuoneena		
Leikkihuoneessa saa olla paljon väriä, mutta ei sälää		
Leikkihuoneen visuaalisuus selkeämpi		
Leikkihuoneen voisi jakaa		
Leikkihuone tarvittaessa jaetaan eri tiloihin		
Leikkihuoneen jaottelu (pienemmät/isommat lapset)		

Leikkihuone voisi sallia eri sairaudet paremmin		
Jaettu leikkihuone isoimmille ja pienimmille		
Hyllyt tarpeeksi matalat		
Leikkihuoneessa pienten lelut alemmalla		
Leikkihuoneessa lelut lapsen korkeudella		
Leikkihuoneessa voisi ikäkausittain säilyttää tavaroita		
Leikkihuoneessa kiinnitettävä huomiota lelujen sijoitteluun		
Leikkitilassa ei jää tilaa lapsille		
Leikkihuoneessa parempi järjestys tavaroille		
HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ NEUROLOGISESTI SAIRAILLE LAPSILLE		